PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. STANISŁAW DOMAŃSKI.

Rok XXXIV. — 1895.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1895.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXIV. Przeglądu lekarskiego.

(*Liczby oznaczają strony*).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Listy.

V. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

VI. Spis rzeczy zawartych w zapiskach terapeutycznych.

VII. Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VIII. Nekrologia.

Rok XXXIV. Kraków 5. Stycznia 1895 r. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefon Nr. 105.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w Księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 30.

Ogłoszenia przyjmuje w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 187, Clinton and 188, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 3½ "	" 6 "

Przegląd lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1. Stycznia 1895. **rok trzydziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½—2 arkuszy na tydzień **jak najregularniej.**

Wszystkie prace umieszczane w *Przeglądzie lekarskim,* tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Autorowie, życzący sobie otrzymać osobne odbitki swych prac, zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć wyraźnie ich liczbę; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.

Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1895., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.*

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni *Przegląd lekarski* abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Dwa przypadki, które względnie w krótkim czasie miałem sposobność obserwować w swoim oddziale, zniewalają mię do ich ogłoszenia.

Są one rzadkie same przez się jako takie a bardzo ważne pod względem teoretycznym i praktycznym.

Pierwszy z nich dotyczył kobiety Julii B., wyrobnicy, lat 30 liczącej, w dniu 19. Maja 1891 r. do nru prot. stanu 764. do mojego oddziału przyjętej.

Chora ta dobrze odżywiona, okazuje na skórze wybitny obraz świerzbu, po usunięciu którego, w trzy dni później, zbadano chorą dokładnie w dniu 22. Maja t. r.

Przy badaniu części płciowych okazało się, że gruczoły pachwinowe lewe są licznie powiększzone, twarde i niebolesne a z charakteru ich obrzęku można już było z pewnem, uzasadnionem prawdopodobieństwem wnosić, że na częściach płciowych spodziewać się należy wrzodu pierwotnego syfilitycznego.

Gruczoły w pachwinie prawej nie okazywały żadnych zboczeń. Warga wstydliwa mniejsza lewa, w dolnej części mocno obrzękła, ku dołowi zwieszona, więcej niż w stanie prawidłowym zaczerwieniona a na jej wewnętrznej powierzchni, w dolnej jej części, znachodził się typowy wrzód stwardniały, pod formą talerzykowato zagłębionej ekskoryacyi, o powierzchni gładkiej, czerwonej, połyskującej, miejscami drobne, miąższowe, ciemno czerwone wybroczyny okazują-

cej. Podstawa wrzodu jest wybitnie stwardniałą a wielkość jego dochodziła do niespełna ½ cm.

Inne gruczoły niezajęte, błony śluzowe i skóra wolne od zmian syfilitycznych.

Odkąd choroba trwa, o tem chora nie ma najmniejszego wyobrażenia, gdyż brak bólu lub jakiekolwiek inne uczucie nie zwróciły na tę zmianę jej uwagi. Powodem przybycia chorej do szpitala był świerzb. Odpowiednio do rozpoznania zastósowano obmywania wrzodu roztworem sublimatu 1 : 1000 trzy razy dziennie i zakładanie waty oczyszczonej między wargi wstydliwe a ponieważ nie znaleziono w całym organizmie żadnych zboczeń, któreby wymagały jakiegokolwiek leczenia, ograniczono się na razie do dobrego żywienia chorej, częstych kąpieli, pielęgnowania jamy ustnej i w ogóle uważano, aby wszystkie czynności organizmu odbywały się prawidłowo.

W początkach wrzód stwardniały powiększał się a gdy doszedł do wielkości centa, szerzenie się wrzodu nie postąpiło więcej i na tym stopniu wielkości wrzód utrzymywał się długi czas, w niczem nie zmieniając swego wejrzenia. W miesiąc (19. Czerwca) od dnia przyjęcia chorej, zauważono w rowku czółenkowatym (*fossa navicularis*) nieznaczną ekskoryacyę, której nie przypisywano na razie żadnego znaczenia. W tym czasie (20. Czerwca) przypadła regularność, a po jej ustąpieniu w d. 23. Czerwca, spostrzeżono ze zdumieniem, że ekskoryacya w rowku czółenkowatym położona, powiększyła się znacznie, bo zajęła bez mała prawie cały rowek czółenkowaty i okazuje wszystkie cechy wrzodu stwardniałego pierwotnego, to znaczy: była również gładka lśniąca, żadną wypociną niepokryta, z takiemi samemi, jak wrzód stwardniały na wardze mniejszej położony, miąższowemi wybroczynami a nadto i podstawa jej okazywała również wyraźną stwardniałość.

B a d a n i e c h o r e j n i e w y k a z a ł o n i g d z i e ż a d n y c h i n n y c h z m i a n k i ł o w y c h. Wrzód na wardze mniejszej lewej okazywał znaczną poprawę. W pachwinie prawej gruczoły nie powiększone; w lewej nie zmieniły się od czasu pierwszego badania.

Nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że zmiana w rowku czółenkowatym położona, nie może być czem innem, jak tylko wrzodem stwardniałym, którego jednak powstanie należało wytłómaczyć w sposób zadawalniający naukę i doświadczenie.

Leczenia obu wrzodów nie zmieniono a na chorą i jej stan zwrócono baczną uwagę. Do dnia 7. Lipca (w 50. dniu od czasu wystąpienia drugiego wrzodu), prócz poprawiania się stopniowego obu wrzodów, nic godnego uwagi nie zaszło, w tym jednak dniu dostrzeżono po raz pierwszy na obu bokach klatki piersiowej, w skąpej liczbie plamy syfilityczne; na wardze lewej mniejszej wrzód stwardniały był zupełnie zagojony, z pozostawieniem bardzo wybitnej stwardniałości, wrzód zaś w rowku czółenkowym był prawie w połowie zabliźniony. Innych zmian na częściach płciowych prócz wymienionych nie było. Jama ust wolna; inne gruczoły niezajęte.

Na wrzód stwardniały w dołku czółenkowatym polecono dalej obmywanie z powyżej wymienionego roztworu sublimatu a na wrzód na wardze mniejszej polecono stosować przylepiec rtęciowy. W siedm dni potem (14. Lipca) wrzód stwardniały w rowku czółenkowatym był zagojony, stwardniałość po nim pozostała była nieznaczna, lecz zawsze wyraźną; natomiast wrzód na wardze wstydliwej położony, rozpadł się był pod plastrem rtęciowym. Plamy wystąpiły liczniej, lecz zawsze jeszcze nie można było uważać erupcyi za ukończoną. Dopiero w dniu 21. Lipca plamy syfilityczne zajęły w całości ten obszar skóry, jaki zajmować zwykły, a tu i owdzie wraz z plamami znachodziły się rozrzucone guzki syfilityczne. Około odbytnicy położone guzki syfilityczne przybrały cechy kłykcin sączących a gruczoły karkowe i barkowe powiększyły się. Jama ust nie była przez zmiany syfilityczne zajętą. Nazajutrz zastosowano chorej pierwsze miąższowe wstrzykiwanie z 0·04 tlenku rtęciowego żółtego. Do usunięcia zmian tych potrzeba było sześć takich wstrzykiwań. Bieg choroby był tylko przy końcu leczenia wystąpieniem bardzo powierzchownych kłykcin sączących na obu migdałkach zamąconym. Chora opuściła szpital w dniu 25. Sierpnia 1891 r.; przy wyjściu zaś jej zanotowano w historyi choroby: Gruczoły karkowe i barkowe po obu stronach macalne; pachwinowe po lewej powiększone, w jamie ust i na skórze zmian nie ma, w miejscu wrzodu stwardniałego na wardze mniejszej nieznaczna mięsistość i lekkie odbarwienie, po wrzodzie w rowku czółenkowatym nie ma ani śladu.

Stan ogólny chorej jest zadawalniającym.

O wiele ciekawszym jest przypadek następujący. Franciszka P., lat 22 licząca, prostytutka, przyjętą została według nru prot. stanu 2045 w d. 19. Grudnia 1891 r. Choroba jej datuje się od dwóch tygodni; o przyczynie jej powstania chora mimo najdokładniejszego wypytywania się nic powiedzieć nie umie. Wejrzenie chorej jest nieco niedokrewne, wewnętrzne organa są jednak zdrowe; odżywienie dostateczne.

Na błonie śluzowej górnej wargi ust, prawie w samym środku, znajduje się powierzchowne, półkulisto wyniosłe owrzodzenie, wielkości centa, strupkiem pokryte, z pod którego za naciskiem wydziela się w małej ilości ciecz surowicza. Po odjęciu strupka, powierzchnia jest gładką, łatwo i względnie dość obficie broczącą. Podstawa wybitnie stwardniała, ściśle ograniczona. Bolesności niema prawie żadnej. Warga nieco obrzękła, wywinięta. Gruczoły karkowe niepowiększone, gruczoły pod kątem szczęki dolnej są po obu stronach powiększone, więcej jednak po stronie lewej, są one niebolesne, kształtu właściwego gruczołom limfatycznym, skóra nad nimi poruszalna, konsystencya ich twarda. Gruczoły podjęzykowe i przyuszne nie są zajęte; również inne gruczoły badaniu przystępne nie okazują żadnych zmian. W jamie ust, na skórze ciała i częściach płciowych, jak niemniej i w całym organizmie nie znaleziono żadnych zmian.

Rzecz naturalna, że nie mogło ulegać wątpliwości, iż mamy przed sobą niewątpliwy wrzód stwardniały na wardze górnej, z następowem zajęciem sąsiednich gruczołów limfatycznych.

Stósownie do tego polecono chorej obmywanie wrzodu 2% roztworem kwasu borowego i przykładanie plastru rtęciowego.

Bieg choroby był zwykły; znaczniejszych zmian wrzodu, prócz małej poprawy w jego wejrzeniu, nic zauważono żadnych, jednak w dniu 12. Stycznia 1892 r., a więc w 25-tym dniu od przyjścia chorej do szpitala, 39-tym zaś od czasu trwania choroby — jeżeli podania chorej uważać będziemy za prawdziwe — dostrzeżono w pobliżu końca języka na jego

górnej płaszczyźnie, nieco na lewo od linii środkowej, małą, bo zaledwie do wielkości prosa dochodzącą ekskoryacyę, pokrytą wypociną szarą, o podstawie wyraźnie naciekłej. Zrazu ekskoryacyę tę uważano za rozpoczynające się *condyloma latum*, chociaż nieproporcyonalnie do jej rozmiarów naciek u podstawy zmiany rozwijający się i brak w ogóle jakichkolwiek zmian w jamie ustnej i na skórze, przemawiały przeciw temu. Zmianę tę zapędzelkowano lekko roztworem wyskokowym sublimatu, co jeszcze powtórzono raz w dniu następnym. Gdy jednak nietylko, że nie zauważono spodziewanej poprawy, ale nadto zmiana na języku się pogarszała, ograniczono się wyłącznie tylko do płukania 2% roztworem chloranu potasowego, aby dalszy rozwój tej, już w owym czasie podejrzanej zmiany módz obserwować. Już w następnych dniach pierwotne rozpoznanie było bardzo nieprawdopodobnem a w tydzień potem nie ulegało już dla nas żadnej wątpliwości, że mamy z inną zmianą, a nie z kłykciną sączącą do czynienia. Dnia 19. Stycznia zmiana przedstawiała się w sposób następujący: w miejscu powyżej oznaczonem (w pobliżu końca języka) znachodzi się płaski naciek, konsystencyi chrząstkowato twardej, ściśle ograniczony, dość znacznie w miąższ języka zapuszczający się. Naciek ten, kształtu owalnego, jest wielkości dużej fasoli, w środku ekskoryowany; powierzchnia ekskoryacyi nie jest żadną wypociną pokryta, lecz przeciwnie jest lśniąca i gładka, barwy ciemno czerwonej. Prócz przeszkody w jedzeniu i mówieniu chora nie doznaje zresztą żadnych bólów w miejscu chorem. Gruczoły nie zmieniły ani co do ilości, ani co do jakości swojego charakteru; pozostały tak, jak przedstawiały się w dniu przyjęcia chorej.

Wobec tego wejrzenia zmiany i świadomy jej przebiegu, rozpoznałem wówczas najprawdopodobniej wrzód stwardniały na języku.

Chorą pozostawiono tylko przy płukaniu jamy ustnej chloranem potasowym.

Wrzód na wardze górnej ust w dniu tym był już oczyszczony, nie okazywał jednak jeszcze śladów gojenia się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Repozytoryum własnego pomysłu do wypadłej pępowiny.

Opisał

Dr. Henryk Kowalski w Tarnowie.

Do nader przykrych wydarzeń podczas porodu, należy wypadnięcie pętli pępowiny około poprzedzającej główki przez nierozszerzone jeszcze na dwa palce ujście maciczne.

Chociaż wszyscy położnicy zgadzają się na to, że w takim przypadku, celem uratowania życia dziecku, potrzeba odprowadzić pępowinę za pomocą repozytoryum, to jednakże w wyborze jego różnią się bardzo między sobą.

I tak Spaeth [1]) uważa za najodpowiedniejsze repozytoryum tak zwany apoteter Brauna (fig. II. na załączonej tu tablicy). Składa się on z pręta na 34 cm. długiego, z twardego kauczuku lub według E. Martina z fiszbinu. Cieńszy koniec jest zaokrąglony i w odległości 2 cm. poniżej wierzchołka ma otwór, pętelkę wstążeczki swobodnie przewlec dający, której oba końce przechodzą przez otwór dolny, w grubszej części pręta umieszczony. Owinąwszy wypadłą pępowinę naokoło pętelką wstążeczki i założywszy jej koniec za wierzchołek pręta, pociąga się następnie dolne końce wstążeczki tak lekko, by pępowinę tylko uchwycić a nie uciskać i odprowadza się ją do macicy, gdzie przez wyciągnięcie wstążeczki z dolnego otworu i obniżenie pręta, w skutek zesunięcia się pętelki wstążeczki z jego końca, pępowina odłącza się od repozytoryum.

Karol Braun [2]) w drugiem wydaniu swego dzieła nadmienia jednakże, że już obecnie nie używa repozytoryum własnego pomysłu, lecz obmyślanego jeszcze w roku 1826. przez Dudana (fig. I.). Jest to długi i gruby kauczukowy cewnik, którego przetyczka (*mandrin*) chwyta się pętelkę wstążeczki, lekko naokoło pępowiny obwiniętej i na dwa węzły związanej przez otwór cewnika. Z chwilą odprowadzenia pępowiny do macicy wysuwa się przetyczkę z cewnika, w skutek czego pępowina wraz z pętelką wstążeczki na niej obwiązanej utraca łączność z cewnikiem.

Fr. Winkel [3]) i położnicy francuscy Ribemont-Dessaigres i G. Lepage [4]) polecają także repozytoryum Dudana.

Według Karola Schroedera [5]) najodpowiedniejszem tego rodzaju narzędziem jest repozytoryum Robertona (fig. III.). Ze Schroederem zgadza się także i Ludwik Kleinwächter [6]), który do najczęściej używanych repozytoryów obok repozytoryum Brauna zalicza także i Robertona. Składa się ono z cewy kauczukowej, dosyć grubej, w górnym końcu nitką przewiązanej lub, jak to Michaelis zaleca, z grubego elastycznego cewnika, w którym tkwi przetyczka i wstążeczka podwójnie złożona, której pętelka przeciągnięta jest przez otwór cewnika. Do tej pętelki z wstążeczki wkłada się pętlę wypadłej pępowiny, tak jednak, by jej nie uciskać i odprowadza się ją do macicy, poczem wyciąga się przetyczkę z cewnika, który pozostawia w macicy ze zadzierzgniętą na nim pępowiną.

Paweł Zweifel [7]) zaleca znów repozytoryum Schöllera (fig. IV.) zmodyfikowane przez niego przez dodanie nitki (fig. V.). Repozytoryum Schöllera składa się z cewnika na górnym końcu w półkole zakrzywionego i z przetyczki, która przez przesunięcie jej ku górze zamyka półkole wówczas, gdy ułożyło się w nie wypadłą pępowinę. Zweifel zamiast cewnika z przetyczką użył dwóch prętów na sobie ułożonych, z których krótszy, przesuwać się dający, ma na górnym końcu półkoliste wygięcie, do zakończenia którego przytwierdzoną jest nitka, następnie swobodnie między oba pręty przechodząca. Ułożywszy wypadłą pępowinę w to zagięte półkole tak, aby nitka była na wewnątrz pępowiny, zesuwa się na dół krótszy pręt, przez co zamyka się pępowinę w półkolu. Po odprowadzeniu jej do macicy, wysuwa się krótszy pręt do góry i przez pociąganie nitki ku dołowi wypycha pępowinę z półkola.

Otton Spiegelberg [8]) mówiąc o repozytoryach ocenia wreszcie repozytoryum sporządzone przez Murphego (fig. VI.) jako

[1]) Compendium der Geburtshilfe. Erlangen. 1857. s. 264.

[2]) Lehrbuch der gesam. Gynaekologie. 2. Auflage. Wien 1881. str. 547.

[3]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 2 Aufl. Leipzig 1893. s. 625

[4]) Précis d'obstétrique. Paris 1894. s. 1052.

[5]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 10. Aufl. Bonn 1888. s. 660 i 661.

[6]) Realencyclopädie der gesam. Heilkunde. 2 Aufl. Band XXII. Wien und Leipzig 1890. s. 64.

[7]) Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1889. s. 483.

[8]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 3. Aufl. Lahr. 1891. s. 654.

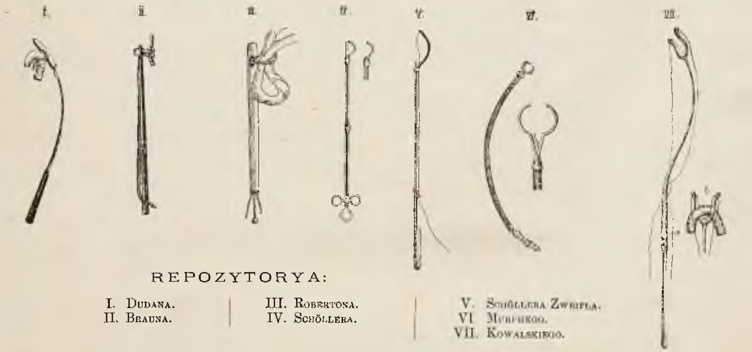
najlepsze, albowiem jest ono zakrzywione i podczas użycia nie wywiera ucisku na pępowinę. Przedstawia się ono jako cewnik kauczukowy, w którego środku mieści się metalowa przetyczka, na swym górnym końcu wystającym z cewnika w dwa półpierścienie zaopatrzona, które z chwilą przesunięcia przetyczki ku górze, za pomocą sprężynki między nimi ułożonej, rozchodzą się i przez obniżenie cewnika dozwalają wysunąć się umieszczonej między nimi pępowinie.

Atoli mimo tych pochwał oddawanych różnym repozytoryom, prawie wszyscy położnicy godzą się na to, że korzyści z nich są bardzo małe. Kleinwächter nadmienia wyraźnie, że z repozytoryów prawie nigdy nie odnosi się pożądanego skutku a Spiegelberg, mimo zachwalania repozytoryum Murphego wyznaje otwarcie, iż z przyczyny tej, że długa pętla pępowiny nie daje się za pomocą repozytoryów założyć ponad główkę i tak ustalić, by ponownie nie wypadła, w ostatnich latach swej czynności położniczej nie używał repozytoryów, lecz wyczekiwał aż nastąpią stósunki dozwalające odprowadzić pępowinę ręką lub zrobić obrót na nóżki.

Aby zaradzić tej niedogodności a zarazem umożliwić dokładne odrażenie repozytoryum środkami przeciwgnilnymi, poleciłem p. Ludwikowi Knapińskiemu, fabrykantowi narzędzi chirurgicznych w Krakowie, sporządzić repozytoryum do wypadłej pępowiny według własnego pomysłu (fig. VII.), okrągłe ramię na 25 mm. długie, od drugiego wszędzie na 15 mm. oddalone, kończy się gałką w kształcie gruszki na zewnątrz wygiętej, ukośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i zewnątrz przedziurawionej.

Przewlókłszy nakarbolowaną nitkę jedwabną przez otwory w gałkach widelca i ułożywszy ją na jego podstawie a końce nitki owinąwszy raz naokoło trzonka lub przeciągnąwszy je przez otwór w nim (fig. VII. a), obejmuje się wypadłą pępowinę, n. p. z lewej strony miednicy rodzącej widelcem w prawej ręce trzymanym (fig. VII. b) i pod kontrolą palca wskazującego ręki lewej odprowadza do macicy ponad główkę, poczem przez stosowne oddalanie rękojeści od środkowej osi drogi porodowej ku lewemu udu rodzącej i równoczesne pociąganie końców nitki, przez co pępowina występuje z pojemności widelca, próbuje się zaczepić ją za dolną szczękę lub tyłogłowie, słowem, za część główki ku wypadłej pępowinie zwróconą. Pamiętać jednakże należy, aby rękojeść repozytoryum trzymać zawsze tak w ręce, żeby wklęsłość trzonka i widelec ku środkowej osi drogi porodowej były skierowane, do czego dopomaga zwrócenie uwagi na wyrznięcie firmy fabrycznej, na dolnym końcu szerszej płaszczyzny rękojeści, odpowiadające temu wygięciu.

W razie, gdyby pępowina ponownie wypadła, to po powtórnem odprowadzeniu jej przed wyjęciem repozytoryum z macicy, radzę wprowadzić między nie a główkę zwitek



REPOZYTORYA:

I. Dudana. II. Brauna. III. Robertona. IV. Schöllera. V. Schöllera Zweifla. VI. Murphego. VII. Kowalskiego.

które też Szanownym Kolegom podczas VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 25. Lipca b. r. okazałem i objaśniłem na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej.

Składa się ono z mosiężnego, zewnątrz niklowanego pręta, na 32 cm. długiego, w górnej części wygiętego i w widelec zaopatrzonego. Rękojeść pręta na 12 cm. długa, jest czworograniasto płaską, by się w ręce nie obracała. Z rękojeści wychodzi okrągły trzonek widelca na 20 cm. długi, tylko na 8 cm. od dołu prosty, od góry zaś w długości 12 cm. wygięty i to tak, jak wygiętą jest łyżka kleszczy do poprzecznego wymiaru główki. Do trzonka przytyka widelec w tej samej linii, co i on wygięty, którego każde gazy wyjałowionej lub jodoformowej wielkości palca, kwoli sztywności dobrze nitką nakarbolowaną ściągnięty tak jednak, aby dolny koniec jego wystawał z ujścia macicy do pochwy. Przytrzymując następnie ów zwitek gazy palcem wskazującym lewym, aby nie wypadł, prawą ręką wyciągać należy zwolna repozytoryum z macicy, naśladując kierunek przy odejmowaniu łyżki kleszczy, odpowiadającej stronie wypadłej pępowiny, praktykowany. Po ułożeniu wreszcie rodzącej na przeciwny bok temu, w którym odprowadzono pępowinę, skoro z postępem bólów ujście maciczne rozszerzy się na dwa palce a główka zupełnie je wypełni, zwitek gazy z macicy można wyjąć podczas bólu.

Kończąc na tem opis repozytoryum własnego pomysłu i pozostawiając Szanownym Kolegom ocenienie jego tak co do konstrukcyi jak i materyału, z którego jest sporządzonem, aż do wypróbowania go w praktyce, ośmielam się wreszcie wymienić zalety, jakie ono ma zdaniem mojem.

Zaletami temi są:

1) daje się przed użyciem dokładnie odrazić, w skutek czego wyklucza zakażenie rodzącej drobnoustrojami;

2) sporządzone z cienkiego mosiężnego pręta, może być w części tworzącej trzonek i widelec stósownie do potrzeby wygiętem;

3) naśladując widelec z dwóch palców złożony, najstósowniejszy do odprowadzenia wypadłej pępowiny, z przyczyny jednakowej wszędzie pojemności widelca, nie wywiera szkodliwego ucisku na pępowinę;

4) ze względu na swą smukłą i gładką budowę, tudzież wygięcie odpowiednie do łyżki kleszczy, daje się wprowadzić ze wszystkich stron miednicy do macicy i stósownie do potrzeby przesuwać, przez co umożebnia założenie pępowiny ponad główkę.

III. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

Racyonalne badania z dziedziny fizyologii i patologii jamy otrzewnowej datują się od stósunkowo bardzo niedawnego czasu. Starsi lekarze, którzy wobec braku odpowiedniej metody chirurgicznej uważali otrzewnę, zwłaszcza zaś otrzewnę chorą za *noli me tangere*, byli w stanie zebrać zaledwo najogólniejsze dane kliniczne i anatomiczne, dotyczące patologii jamy brzusznej; ówczesna zaś medycyna doświadczalna mogła była roztrzygnąć jedynie te kwestye, których rozwiązanie opierało się na doświadczeniach, trwających przez czas krótki, niejako odręcznych.

Dla patologii klinicznej jamy brzusznej stanowi epokę era listerowska, w której chirurdzy poczęli laparotomować nadające się do tego przypadki i tą drogą zbierać na żywym ludzkim materyale dane patologiczne i kliniczne. Era ta była jednak bardzo krótkotrwałą: los, jaki spotkał z biegiem czasu antyseptykę, był taki sam, jakiemu podlegały w rozmaitych czasach i inne, w pewnych okresach nawet zasadnicze kierunki i zasady lecznicze: z początku przesadne stósowanie i wynajdywanie coraz to nowych cierpień, w których leczenie nową metodą wrzekomo działało swoiście; później reakcya ze strony trzeźwo patrzących badaczy, opierających się na nowszych wynikach prac biologicznych i lekarskich; wreszcie zredukowanie wskazań do stósowania danej metody do właściwych granic, oczywiście znacznie szczuplejszych od tych, jakie nakreślono im pierwotnie lub w początkowych okresach.

Antyseptyka listerowska, aczkolwiek poprzedzona pełną zasługi działalnością Semmelweissa, wtargnęła do medycyny niejako przełomem; początkowo tu i owdzie próbowano się jej opierać, były to jednak tylko drobne i przelotne przeszkody, jakie spotykała nowa metoda w swym tryumfalnym pochodzie przez świat cały. Sposób, w jaki antyseptyka ustępowała miejsca aseptyce, jako ogólnej metodzie chirurgicznej, był zupełnie innym: z początku mówiono tylko o antyseptyce, później o antyseptyce i aseptyce, obecnie zaś chirurdzy są prawie powszechnie wyznawcami aseptyki; antyseptykę zaś stósują jedynie w tych przypadkach, w których to jest ściśle wskazanem przez wybitnie pasorzytniczą naturę cierpienia. Jednem słowem przewrót ten dokonał się z biegiem czasu, powoli, ale za to bodaj że tem silniej utrwalił się w medycynie, jako zwrot racyonalny, który musiał zjednywać sobie coraz to większą liczbę zwolenników.

Otrzewna i ośrodkowy układ nerwowy stanowią te narządy, na których najgruntowniej i najbardziej przekonywająco wykazano niewłaściwość powszechnego stósowania podczas operacyi środków przeciwgnilnych, zwłaszcza środków silnie działających. Delbet, de Grandmaison i Bresset[1]) wykazali doświadczalnie na psach, że po zadziałaniu na otrzewnę silniejszymi antyseptykami (karbol, sublimat), komórki śródbłonkowe kurczą się, ich pierwoszcze (protoplazma) rozpada się i następuje częściowe lub całkowite obumarcie surowiczej powierzchni otrzewny. Śródbłonki naczyń pozostawały nienaruszone. Słabe środki antyseptyczne, jakoto: kwas borowy i salol bardzo rozcieńczone, fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oraz jodoform znosiła otrzewna psów bez szkody. Pernice[2]) wywoływał stężonymi rozczynami fenolu oraz sublimatu surowicze lub surowiczoropne zapalenie otrzewny. Kraft[3]) wywoływał wszystkie stopnie zapalenia otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej rozczynów kreoliny. Reichel[4]) doszedł na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że samo płukanie nawet zupełnie obojętnymi płynami otrzewny, dotkniętej zapaleniem, sprowadza wysięki brzuszne, czasem nawet wysięki krwawe. Walthard[5]) przekonał się, że nawet słabe rozczyny sublimatu, do niedawna zwykle używane przy operacyach w jamie brzusznej, wywołują zmiany patologiczne w błonie surowiczej, a że otrzewna dobrze znosi fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oraz tenże rozczyn z dodatkiem sody 2‰. Dembowski[6]), który badał drogą doświadczalną powstawanie zrostów otrzewnowych po operacyach brzusznych, wyraża przekonanie, że ani zwykłe środki antyseptyczne, ani też jodoform zmiany tej nie wywołują.

Z powyżej przytoczonych danych wynika, że, jeżeli zwrot od antyseptyki do aseptyki nie był obojętnym dla chirurgii brzusznej, to miał on pierwszorzędną doniosłość w tym względzie dla medycyny doświadczalnej, która na chirurgii wzorowaną być musi.

Uwzględniając działanie środków antyseptycznych na błonę otrzewną, głównie zaś wykluczając ich działanie przez aseptyczne operowanie zwierząt doświadczalnych, wykluczamy zarazem poważny czynnik patologiczny, wikłający a właściwie zaciemniający wyniki doświadczeń nad otrzewną. W badaniach nad patogenezą zapalenia tej błony stanowi więc epokę nie antyseptyka, jak to jest w chirurgii, a czysta aseptyka; w medycynie doświadczalnej stanowi ona jedynie uzasadnioną ogólną metodę operacyjną.

Posiadamy już pokaźny szereg prac nad patogenezą zapalenia otrzewny, w których doświadczenia przeprowadzono w sposób racyonalny. Wyniki prac tych, aczkolwiek może sprzeczne w rzeczywistości lub pozornie w rozmaitych szczegółach, przedstawiają wiele okoliczności ciekawych, nie tylko ze stanowiska ogólno-lekarskiego, lecz także ze stanowiska czysto naukowego, biologicznego. Ponieważ literatura patogenezy zapalenia otrzewny jest bardzo bogata a kwestya ta zostaje w bardzo blizkim związku z innemi kwestyami ogólniejszej natury z dziedziny patologii oraz mikrobiologii, było mojem staraniem zestawić w pracy niniejszej wyniki

[1]) Delbet, de Grandmaison, Bresset: De l'action des antiseptiques sur la peritoine. Paris 1891. Ref. w Virchow. Hirsch J. B. 1891, II, 449.

[2]) Pernice: Sulla peritonite sperimentale. Rivista intern. di m. e chir. 1887. Gennaja. Ref. w Baumgarten's J. B. T. III. p. 388.

[3]) Kraft: Experimentel- pathologiske Studier over acut peritonitis. Kbhvn 1891 Ref. w Baumgarten's J. B. 1891. T. VII. p. 33.

[4]) Reichel: Beitraege zur Aetiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. T. XXX. p. 1.

[5]) Walthard: Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der eitrigen Peritonitis nach Laparotomien. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. T. XXX. Zesz. 3—4. p. 275. 1892.

[6]) v. Dembowsky: Zur Entstehung der peritonealen Adhaesionen. Centralbl. f. Gynaec. 1891. Nr. 15. p. 281.

dotychczasowych w tej mierze badań, aby po krytycznem ich rozpatrzeniu tem jaskrawiej uwydatniły się niestety, jeszcze bardzo liczne ciemne punkty w dziedzinie patologii jam surowiczych. (Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

Przystępując do ogłoszenia sprawozdania z ruchu chorych w klinice ginekologiczno-położniczej krakowskiej, czynimy przedewszystkiem zadość woli ś. p. nieodżałowanego Szefa naszego prof. Madurowicza. Niekorzystne a nieprzewidziane okoliczności nie pozwoliły nam uczynić tego samego w ubiegłym roku szkolnym a odkładając pracę tę do roku następnego, nie przeczuwaliśmy wcale, że sprawozdania z Jego kliniki odkładamy na zawsze i że opaźniając się o rok, pisać już będziemy o chorych, którym nie było danem zaznać w klinice Jego umiejętnej i ojcowskiej opieki, w której tak misternie łączyły się rozum z sercem, stanowczość, gdzie była potrzeba, z wahaniem a humanitaryzm, tak Go charakteryzujący ze względami dydaktycznymi. Ale klinika, jak to zapowiedział we wstępnym wykładzie obecny jej kierownik, prowadzona jest dalej po jego myśli a pamięć o Nim uczestniczy we wszystkich naszych pracach. Niech więc to pierwsze sprawozdanie pisane z Jego dawnej kliniki, na życzenie i pod kierunkiem jednego z pierwszych Jego uczniów a obecnego jej szefa, poświęcone będzie Jego pamięci!

W sprawozdaniu niniejszem nie znajdzie czytelnik zapewne tylu i tak ciekawych szczegółów, jak w podobnych pracach wychodzących z dużych klinik zagranicznych. Przyczyny tego nie należy jednak szukać w braku materyału; owszem nasz materyał ambulatoryjny jest tak co do ilości jak i jakości znakomity i nie ustępuje w niczem materyałowi dużych klinik, ba nawet co do jakości często go przewyższa. Przyczyna tkwi w tem, że nie da się on należycie naukowo wyzyskać z powodu, że sama klinika jako lokal najzupełniej nie odpowiada swojemu przeznaczeniu a jej urządzenie wewnętrzne urąga wszelkim nowszym wymaganiom nie tylko daleko idącym i skrajnym, ale wprost najelementarniejszym.

Nie wspominając już o salach chorych, zawsze przepełnionych i o kancelaryi profesora, która jest zarazem pokojem dyżurnych lekarzy, pracownią, biblioteką i muzeum, dość zaznaczyć, że nasza sala operacyjna, w której wykonywa się laparotomie, jest równocześnie salą wykładową dla kliniki uczniów i szkoły położnych oraz dla kursów asystentów, salą ambulatoryjną, salą porodową tak dla porodów czystych jak i zakażonych, których nam dość często dostarczają wsie okoliczne a dopiero w roku ubiegłym, dzięki wpływom i niezwykłej uprzejmości p. Radcy budownictwa Sarego, przestała służyć na skład bielizny klinicznej. Liczba łóżek przeznaczonych dla chorych ginekologicznych wynosi tylko 11, gdy niewątpliwie możnaby stale zapełnić 25 łóżek. Ztąd ciągły brak miejsca i niezmierne trudności w przyjmowaniu chorych, przysyłanych przez lekarzy. Na szczęście klinika ma oddział rezerwowy, za jaki uważać można oddział III-ci szpitala św. Łazarza. Ma on 20 łóżek ginekologicznych, zapełnionych przeważnie materyałem klinicznym a i on jest niewątpliwie zaszczupłym, gdyż średnia liczba chorych przekracza cyfrę 20.

Ten oddział rezerwowy ułatwia nam niezmiernie gromadzenie materyału operacyjnego i naukowego. Pacyentka przysłana do kliniki z dalekich stron i nie znajdująca miejsca w klinice, czeka na nie leżąc w oddziale III-cim, tak jak z drugiej strony dość często pacyentki po operacyi w klinice przyjmuje oddział, przez co w klinice opróżnia się łóżko, na które zwykle już ktoś czeka. Temu urządzeniu zawdzięczamy to, że na 11-tu łóżkach mieliśmy w ubiegłym roku szkolnym 156 pacyentek, gdy bez pomocy tego oddziału osiągnęlibyśmy zaledwie cyfrę 70—80.

W zestawieniu chorób leczonych w klinice, załączonem poniżej na osobnej tablicy, zauważyć można przedewszystkiem brak stosunku pomiędzy cierpieniami ciężkiemi a łagodnemi na korzyść tych pierwszych. Tłómaczy się to bardzo łatwo szczupłością naszych ubikacyj, sprawiającą sortowanie materyału; przyjmuje się tylko cięższe przypadki a z lżejszych te, które niezbędnie są potrzebne do wykładu dla uczniów.

W ubiegłym roku leczyliśmy w klinice chorób sromu 6 przypadków, chorób pochwy 37, chorób macicy 61, chorób jajników 27, trąbek 8, tkanki okołomacicznej i otmacicznej 10, innych 9 (z tych 4 osteomalacye).

Tablica a).

Srom i międzykrocze	Haematoma vulvae	1	—
	Prolapsus urethrae	1	—
	Ruptura perinei completa	2	—
	Ruptura perinei incompl. inveterata	2	4
Pochwa	Atresia vaginae	2	—
	Carcinoma vaginae	1	—
	Fistula recto-vaginalis	1	—
	Fistula urethro-vaginalis	1	—
	Fistula vesico-vaginalis	10	—
	Fistula vesico- et urethro-vaginalis	1	—
	Fistula vesico-uterina externa . .	5	—
	Fistula vesico-uterina interna . .	2	—
	Inversio vaginae	9	—
	Prolapsus vaginae anterior . . .	2	—
	Prolapsus vaginae posterior . . .	3	—
	Stenosis vaginae acquisita	1	37
Macica	Adenoma cervicis uteri	1	—
	Anteflexio uteri	5	—
	Carcinoma corporis uteri	1	—
	Carcinoma cervicis ut. operabile .	2	—
	Carcinoma cerv. ut inoperabile . .	2	—
	Endometritis cerv. ut. gonorrh. acut.	1	—
	Endometritis post abortum . . .	2	—
	Endometritis universalis haemorrh.	6	—
	Fibroma submucos. cerv. uteri . .	5	—
	Fibroma uteri subserosum	3	—
	Fibromyomata uteri interstitialia .	3	—
	Haematometra	2	—
	Hypertrophia cervicis	1	—
	Hypertrophia follicul. labii poster. .	1	—
	Laceratio cervicis	2	—
	Metritis cervicalis	3	—
	Polypus mucos. cervicis uteri . .	1	—
	Prolapsus uteri completus	2	—
	Retroflexio uteri fixata	9	—
	Retroflexio uteri libera	3	61
Jajniki	Oo- et perioophoritis dextra . . .	1	—
	Sarcoma uteri et ovarii utriusque .	3	—
	Stenosis cervicis uteri	4	—
	Cystis ovarii dextri	2	—
	Cystis ovarii sinistri	4	—
	Cystis parovarii dextri	2	—
	Descensus ovarii utriusque . . .	6	—
	Kystoma ovarii dextri	9	—
	Kystoma ovarii sinistri	2	—
	Kystoma ovarii utriusque	1	27

Trąbki	Graviditas extrauterina interstitialis	1	—
	Hydrosalpinx	2	—
	Pyosalpinx	4	—
	Salpingitis ambilateralis	1	8
Tkanka okołomaciczna i omaciczna	Exsudatum parauterin. dextr.	1	—
	Exsudatum parauterin. sinistr.	2	—
	Exsudatum para- et periuterin.	2	—
	Exsudat para- et periut. post abort.	1	—
	Haematocele anteuterina	1	—
	Haematocele retrouterina	1	—
	Parametritis dextra	1	—
	Parametritis puerperalis exsudat.	1	—
	Pelveoperitonitis adhaesiva	1	11
Zmiany chorobowe poza częściami rodnemi	Caries vertebrae lumbalis	1	—
	Neoplasma malignum omenti	1	—
	Neoplasma malignum peritonei	1	—
	Peritonitis tuberculosa	1	—
	Sarcoma glandulare retroperiton.	1	—
Choroby ogólne	Osteomalacia	4	4
	Razem	—	152

Jeżeli w ogóle ginekologia dzisiejsza przedstawia kierunek operacyjny, to uwidacznia się on pozornie zbyt jaskrawo w naszem sprawozdaniu. Na 156 chorych leczonych aż 129 operacyj! Ale ten niestósunek znowu tłómaczy się sortowaniem cięższej chorych. Pacyentki, u których wskazane jest leczenie konserwatywne, idą częścią na nasz oddział rezerwowy, który też wykazać może niestósunkowo dużą cyfrę zapaleń okołomacicznych i omacicznych, cześcią leczone są ambulatoryjnie. To leczenie ambulatoryjne odbywa się podobnie, jak i kliniczne w obec uczniów, którym nawet oddaje się lżejsze zabiegi, jak pędzlowanie, sondowanie i t. d., naturalnie pod kontrolą asystentów.

Ale nie samem pędzlowaniem zajmujemy się w tych godzinach ordynacyjnych; musimy nieraz wykonywać pomniejsze operacyjne zabiegi, jak histerostomatomią, *abrasio mucosae* u chorych, które z powodu braku miejsca nie mogą być pomieszczone w klinice. Nie potrzeba dodawać, że kierujemy się tu najskropulatniejszą ostrożnością i jak dotąd nie mamy powodu odstępować od tego sposobu leczenia.

Nie licząc tych ambulatoryjnych zabiegów, wykonaliśmy w klinice stałej w ubiegłym roku szkolnym 129 operacyj, których spis poniżej podajemy.

Abrasio mucosae	8
Amputatio supravaginalis propter sarcoma	1
Castratio	6
Episiorrhaphia	1
Excisio carcinomatis vaginae	1
Excisio cuneiformis labiorum m. Schroder	4
Excisio fibromatis polyposi per vaginam	5
Excisio hypertrophiae follicularis	1
Excisio polypi mucosi cervicis uteri	2
Excochleatio et cauterisatio carcinomatis cervicis uteri	1
Exstirpatio uteri per vaginam	3
Hysterostomatomia	4
Incisio haematomatis vulvae	1
Kolpokleisis	1
Kolpoperineorrhaphia	8
Kolporrhaphia anterior	5
Kolporrhaphia posterior	5
Laparotomia explorativa	5
Laparotomia et incisio pyosalpingis	1
Laparotomia, operatio gravid. extrauterinae	1
Myomotomia	4
Oophoropexia	2
Operatio Alquié-Adams-Alexander	2
Operatio haematometrae	2
Operatio m. Bardenheuer	2
Operatio plastica vaginae	1
Operatio prolapsus vaginae m. Freund	3
Operatio radicalis prolapsus urethrae	1
Ovariotomia	16
Salpingectomia	4
Sutura fistulae	14
Trachelorrhaphia Emmet	2
Ventrofixatio uteri	12
Razem	129

Pomiędzy temi operacyami znachodzimy takie, które już przez swoją ciężkość, inne, które przez swoją rzadkość zasługują na szczegółowy opis.

Do pierwszych zaliczyć winniśmy wszystkie laparotomie, do drugich nieliczne przypadki jak *incisio haematomatis vulvae*, *operatio prolapsus urethrae* i t. d.

To też poniżej przechodząc po kolei 8 głównych działów chorób leczonych w klinice, nie mamy zamiaru przytaczać wszystkich historyj chorób, ani też zastanawiać się nad wszystkiemi operacyami. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby wewnętrzne.

F. Lemke (w Hamburgu): **O rozpoznaniu i teoryi choroby Basedowa.**

Choroba Basedowa przedstawia takie mnóstwo przypadów, iż nie tylko nie można się w nich zoryentować, ale nawet trudno odnieść je do wspólnej przyczyny. Ostatecznie wyrobiło się przekonanie, iż choroba Basedowa jest chorobą układu nerwowego, mianowicie nerwu współczulnego. Rozmaitość wszakże nadzwyczajna zmian patologicznych i ich niestałość nie pozwoliły dotychczas anatomii patologicznej wyświecić istoty choroby Basedowa.

Biorąc ze stanowiska klinicznego pod uwagę mnogość przypadków w chorobie, o której mowa, znajdujemy tylko dwa stałe i od siebie nieodłączne: *delirium cordis* i drżenie całego ciała, osobliwie kończyn. Autor używa naumyślnie wyrazu *delirium cordis*, ponieważ ono lepiej maluje stan serca, niż wyraz kołatanie, *tachycardia*. Tętna w chorobie Basedowa zazwyczaj policzyć nie można (? *Przyp. spraw. Przegl. lek.*), przyczem z początku tony serca są czyste, później wszakże wyrabiają się wady serca. To *delirium cordis* jest zdaniem autora tak charakterystyczne, iż po niem wyłącznie możnaby rozpoznać chorobę Basedowa. Co do drżenia całego ciała, nasuwa się myśl, iż pochodzi ono od serca, gdyby nie okoliczność, iż znika ono w pozycyi leżącej i siedzącej.

O dalszych dwóch, z kolei najpospolitszych przypadach, wolu *(struma)* i wysadzeniu gałek ocznych (*exophthalmus*), wiadomo, iż ich nie bywa z początku choroby i że do rozpoznania choroby nie są one bynajmniej niezbędne; uważać je trzeba przeto za następowe. *Delirium cordis* i drżenie wystarczają same przez się do rozpoznania choroby Basedowa a wykrycie ich przyczyny byłoby wykryciem istoty choroby Basedowa.

Z uwagi na okoliczność, iż w błednicy (*chlorosis*) skład chemiczny krwi jest zmieniony i że tej chorobie towarzyszy właśnie tak często kołatanie serca, wolno sądzić, iż i w chorobie Basedowa zmiana składu krwi jest przyczyną owego *delirium cordis*.

Wiadomo, iż obok śledziony i szpiku kostnego gruczoł tarczykowy ma wpływ na skład krwi, jak tego dowodzi najlepiej tak zwana *cachexia strumipriva*. Prawdopodobnie gruczoł tarczykowy ma znaczenie dla składu chemicznego krwi a wiadomo z doświadczeń Credégo i Loehleina, iż po wycięciu śledziony obrzmiewał znacznie gruczoł tarczykowy; uzasadnionem jest przeto przypuszczenie, że zmiana chemicznej czynności gruczołu tarczykowego jest właściwą przyczyną owego *delirium cordis* i drżenia ciała. Z przypuszczeniem tem

zgadza się okoliczność, iż przypady choroby Basedowa występują obok rozmaitych zmian w gruczole tarczykowym i że częściowe usunięcie schorzałego gruczołu tarczykowego wpływa nieraz bardzo korzystnie na przebieg rzeczonej choroby.

Autor przeto jest zdania: 1) że do rozpoznania choroby Basedowa wystarcza *delirium cordis* i drżenie ciała. Reszta przypadów jest następowa i służy tylko do poparcia rozpoznania.

2) Przyczyna choroby Basedowa tkwi najpodobniej do prawdy w zboczeniu chemicznego wpływu gruczołu tarczykowego na krew i

3) zatem choroba Basedowa nie jest wcale chorobą układu nerwowego.

Okoliczność, że najpierwsze przypady występują w mięśniach (mięśniu sercowym) całego ciała, każe wnosić, iż chorobowy wytwór gruczołu tarczykowego jest swoistą trucizną dla włókien mięsnych, i tłómaczy nam dostatecznie najgłówniejsze przypady choroby Basedowa, osobliwie jeżeli przypuścimy, iż podobnemu szkodliwemu wpływowi ulegają także i gładkie mięśnie i iż ze wszystkich części ustroju mięśnie są w krew najzasobniejsze. (*Deutsche med. Wchschft.* 20. Grudnia 1894). *R.*

E. Nicaise: **O bólach wywoływanych przez zrosty otrzewnowe.**

W skutek rozmaitych spraw chorobowych w jamie brzusznej powstają w niej często zrosty, łączące otrzewnę ścienną z otrzewną narządów brzusznych lub części ostatniej ze sobą; zrosty te, stósownie do swego umiejscowienia i postaci, różnią się bardzo swemi następstwami. Niektóre z nich wywołują poważne, czynnościowe zaburzenia narządów brzusznych, n. p. niedrożność kiszek, inne zaś sprawiają jedynie mniej lub więcej dokuczliwe bóle, które dochodzą w niektórych razach do takiej mocy, że stają się nie do zniesienia i sprowadzają konieczność operacyi. Co do pożyteczności ostatniej w tych przypadkach, rozmaite są zdania. Niektórzy chirurgowie sądzą, że bóle zależą tu więcej od ogólnego stanu zdrowia, aniżeli od zrostów; operacya więc jest, podług nich, bez pożytku. Przypadek jednak Nicaisa, w którym laparotomia i usunięcie zrostów uleczyło chorą, dowodzi, że w niektórych przynajmniej razach bóle powstają jedynie skutkiem zrostów. Co do zrostów, grupuje je autor w następujący sposób:

1. zrosty świeże, zależne od współczesnego z nimi zapalenia ostrego,
2. zrosty stare w formie:
   a) tkanki łącznej delikatnej i wiotkiej,
   b) nici i błon podłużnych, tworzących sieci i pierścienie i
   c) w formie mniej lub więcej rozległych zrostów bezpośrednich, łączących sąsiadujące ze sobą narządy brzuszne.

Zrosty te spotykamy w jamie brzusznej, w miednicy i w workach przepuklin; w miednicy są one bardziej, niż w jamie brzusznej, niebezpieczne, gdyż wywołują tu często nagłe zagięcia kiszek pod kątem. Spotykamy je dalej około pęcherzyka żółciowego, pod wątrobą, w okolicy żołądka w przypadkach wrzodu okrągłego; w miednicy znajdują się one najczęściej w pobliżu trąbek Eustachiusza, jajników i macicy.

Rozpoznawanie zrostów przedstawia wiele trudności. Często można zrosty rozpoznać jedynie przez wykluczenie; należy przy tem zwracać uwagę na przebyte dawniej sprawy zapalne, na zaburzenia czynnościowe organów jamy brzusznej i nareszcie na bóle. Bóle te wywołuje: 1) zesunięcie narządów brzusznych z miejsc im właściwych i napinanie się włókien zrostów, 2) zaciśnięcie kiszek i zwężenie ich światła; tej ostatniej kategoryi najbardziej odpowiada nazwa kolki kiszkowej. Bóle bywają czasami łagodne; w innych zaś razach gwałtowne, prawie nie do zniesienia. U osób nerwowych, wrażliwych są one silniejsze. Zrosty miednicy częściej bywają bolesne od zrostów jamy brzusznej. Zrosty w formie nici, włókien są boleśniejsze od zrostów bezpośrednich stykającemi się ze sobą powierzchniami narządów. Dla rozpoznania siedziby zrostów ma ważne znaczenie to, czy bóle powstają zaraz po jedzeniu, czy też w parę lub kilka godzin, możemy bowiem z tego wnioskować, że mamy do czynienia, w pierwszym przypadku ze zrostami żołądka, w następnym ze zrostami kiszki cienkiej lub grubej. Szczególne znaczenie ma to wtedy, gdy i siedziba bólu odpowiada naszym danym. W miednicy bywają zrosty, które wywołują bóle jedynie w czasie miesiączkowania. Co się tyczy leczenia, to zbytnio spieszyć się z operacyą nie należy, gdyż są zrosty, które stopniowo wydłużając się i zwężając, ostatecznie same przez się giną. Pewną ulgę w tych razach przynosi ucisk brzucha przez pasy flanelowe lub inne. W zrostach miednicy stósuje się często mięsienie, na środek ten zbyt jednak liczyć nie można. Najpewniejszem lekarstwem jest laparotomia i zniszczenie zrostów; ponieważ jednak jest ona rękoczynem dość poważnym, wymagającym ścisłej antyseptyki (?), więc uciekać się do niej Nicaise radzi jedynie w przypadkach, gdzie bóle są bardzo silne.

Prócz tych wniosków, w pracy swej podaje autor dwa opisy chorób; pierwszy z nich z rozpoznaniem: „Zrosty kiszkowe całkowite. Przepuklina sieci ścienna. Przerost gruczołu krokowego. Wstrzymanie moczu. Objawy niedrożności kiszek.“ — Chory przybył do szpitala w stanie bez nadziei; operacyi mu nie robiono. Autopsya potwierdziła rozpoznanie. W drugim przypadku, wspomnionym na początku streszczenia, rozpoznano: przepuklinę pępkową zastarzałą, niedającą się odprowadzić, bolesną i zrosty nitkowate kiszek z workiem przepuklinowym. Laparotomia potwierdziła rozpoznanie, wobec czego wykonano operacyę doszczętną czyli radykalną z wycięciem worka przepuklinowego. Wyleczenie otrzymano zupełne. (*Revue de chirurgie*, N. 8, 1894). *A. Majewski.*

Veillon: **Badanie bakteryologiczne ostrych, niebłoniczych zapaleń gardła.**

Zastósowanie surowicy do leczenia błonicy odpowiednio przyrządzonej, skierowało uwagę badaczy na choroby gardła. Praca, z której zdajemy sprawę, wzbogaca bakteologię nową zdobyczą, rozstrzygając stanowczo, że wszelkie zapalenia gardła niebłonicze są wynikiem miejscowego zakażenia przez *streptococus pyogenes.* Autor postępował w ten sposób, że odosobniał i badał te laseczniki, które przebywają w gardle i migdałach człowieka zdrowego, a następnie osobno te, które znajdował w tych narządach podczas zapalenia gardła; trzymał się zasady, że nie należy szukać w tego rodzaju badaniach tego lub owego lasecznika, lecz bez uprzedzenia badać to, co się przedmiotowo znajdzie. Pomijamy całą procedurę techniczną. Ostateczne wyniki tych mozolnych badań są następujące: na 24 przypadki zapalenia gardła znalazł Veillon 34 razy *streptococus pyogenes*, 16 razy *pneumococus virulens*, 2 razy *staphylococcus aureus.* Jakby nie przedstawiały się rozmaicie różne postacie zapalenia gardła, są one tej samej przyrody, t. j. wywołuje je *streptococcus pyogenes* samodzielnie lub w towarzystwie dwóch wyżej wymienionych laseczników a postać zapalenia gardła zależy od umiejscowienia *streptococcus pyogenes* bądź na błonie śluzowej (zapalenie nieżytowe), bądź w miąższu błony (zapalenie włóknikowo-wypocinowe), bądź wreszcie w utkaniu komórkowem podśluzowem (zapalenie miąższowe, ropne). *Streptococus pyogenes* jest tym samym lasecznikiem, który wywołuje różę. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik, 1894). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Klimatoterapia.

B. Stiller (w Budapeszcie): **Klimat górski w chorobie Basedowa.**

Prawdziwa patogeneza tej choroby jest mimo jej tak bijących w oczy objawów jeszcze sporną. Najczęściej uważają ją za nerwicę czynnościową, jedni nerwu współczulnego drudzy rdzenia przedłużonego, inni szukają jej źródła

w zmianach anatomicznych tejże części. W nowszych czasach przyjmują ognisko choroby w wolu *(struma)*, uważając chorobę Basedowa za zatrucie w następstwie schorzenia gruczołu tarczykowego, który ma posiadać własności oczyszczania krwi. Przed 6 laty doniósł Stiller na zjeździe Wiesbadenie o 2 przypadkach, w których ukazał się świetny, uderzający skutek klimatu górskiego. Oba spostrzeżenia tyczyły się przypadków występującej w końcu puchliny wodnej z nagromadzeniem się przesączyny w wszystkich jamach i białkomoczem, w których wszystkie środki zawiodły a Szmeks sprowadził zupełne wyleczenie. Obie chore są do dnia dzisiejszego, jedna od 14, druga od 6 lat, zupełnie wolne od choroby B. i puchliny. S. nie chce i nie może tłómaczyć tego skutku klimatu górskiego na podstawie fizyologicznej, tem mniej, że skutek ten wprost nie zgadza się z przyjętą w leczeniu powszechnie zasadą, że chorych na serce w okresie niewyrównania w góry posyłać nie należy. Od owego czasu zebrał Stiller doświadczenia tylko korzystne o tym sposobie leczenia: jeden przypadek został zupełnie wyleczonym, 6 innych przypadków okazuje znaczne polepszenie. Wszyscy ci chorzy znajdowali się w okresie występowania puchliny. Z dotychczasowych swych doświadczeń wysnuwa S. wniosek, że klimat górski doszczętniej wpływa na okres puchlinowy choroby, niż na chorobę Basedowa w początkach. Wobec tego proponowałby S., mimo dotychczasowego przeciwnego zapatrywania, spróbować klimatu górskiego także w niewyrównanych wadach sercowych zwykłego pochodzenia — z wyjątkiem przypadków z miażdżycą tętnic.

Stiller nie uważa wcale powietrza górskiego, najmniej 1000 metrów za niezawodny środek swoisty w chorobie B., w każdym razie jednak za najcenniejszy z znanych dotychczas sposobów leczenia. Wzywa on lekarzy, by przez dokładne spostrzeżenia i doniesienia przyczyniali się do wyjaśnienia następujących pytań: 1. Jak dalece może powietrze górskie wyleczyć powikłaną chorobę Basedowa? 2. Czy ono także i nadal tak świetnie działać będzie w przypadkach niewyrównanych? 3. Czy nie potrafi wpłynąć korzystnie także na inne, niepowikłane wady serca? *(Pester med. chirurg. Presse.* 1894. Nr. 11). *Dr. Bf.*

Choroby dzieci.

Baran: **Dodatek do sposobu sztucznego odżywiania dzieci.**

Autor podaje osobny przyrząd do gotowania mleka, złożony z naczynia w środku cynowanego z osobną przykrywą, w którem przez gotowanie wyjaławia się naraz dzienną porcyą mleka; z tego wlewa się pewną część do właściwej flaszeczki do użytku na raz. Przypuszczane przez niektórych autorów zanieczyszczenie mleka przez zetknięcie *(Contactinfection)* uważa autor na podstawie badań Langermanna i Flüggego za niemające znaczenia, gdyż szkodliwy organizmowi ludzkiemu zarazek nie rozmnoży się wcześniej, niż po 24 godzinach. Przepisy co do stopnia rozcieńczenia mleka stósownie do wieku oseska, podane przez autora są zupełnie odmienne od powszechnie używanych a jednak ten sposób wyjaławiania mleka, podawanego oseskom w rożnem roztworzeniu, daje autorowi bardzo dobre wyniki sztucznego karmienia. (*Deutsche Med. Wschrift* 1894. Nr. 26).

Dr. Komorowski.

Choroby zakaźne.

Zakład szczepienia ochronnego wścieklizny w Wiedniu.

Kilkoletnie narady najwyższej Rady zdrowia skłoniły Ministerstwo do udzielenia sposobności Prof. Paltaufowi bliższego badania w Paryżu pasteurowskiej metody leczenia i do urządzenia stacyi szczepienia ochronnego wścieklizny w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. Relacya prof. Paltaufa daje się streścić w następujący sposób:

1) Leczenie metodą Pasteura może odbywać się tylko u osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o tę chorobę bardzo podejrzane. Zranienia w formie powierzchownych zdarć przyskórka lub wgłębień zębów, choćby pochodzące od zwierząt wściekłych nie wymagają tej metody leczenia. W przypadkach wątpliwych co do choroby zwierzęcia, należy je obserwować. To też w celu poddania się leczeniu metodą Pasteura winni zgłaszać się chorzy z świadectwami urzędowo potwierdzonemi co do objawów za życia, wyniku sekcyi i w przypadku, gdy głowy zwierzęcia nie odesłano do instytutu we Wiedniu, z podaniem zakładu, w którym zapomocą doświadczenia wykazano wściekliznę. Z rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 28. Marca 1894. próbne szczepienie dla wykazania wścieklizny może się odbywać w instytucie weterynarskim we Lwowie i w Wiedniu, w zakładzie szczepienia wścieklizny w szpitalu Rudolfa, tudzież w zakładach higienicznych i bakteryologicznych we wydziałach lekarskich.

2) W zasadzie leczenie to powinno odbywać się ambulatoryjnie; tylko tym osobom, u których zranienia wymagają opieki szpitalnej, na ten czas trwania leczenia chirurgicznego można zapewnić przyjęcie do szpitala. Jeżeli u człowieka wystąpi wścieklizna ze swemi objawami, to taki chory musi być oddany do szpitala i tamże leczony.

3) Leczenie to w zakładzie ma się odbywać bezpłatnie. W miesiącu Lipcu b. r. ogłoszeniem Namiestnictwa Austryi dolnej z dnia 27. Lipca b. r. oddano zakład ten do publicznego użytku. Leczenie trwające 12—14 dni polega na codziennych podskórnych wstrzykiwaniach zawiesiny z rdzenia pacierzowego, suszonego przez 15—3 dni, królików, u których sztucznie przez szczepienie wywołano wściekliznę. Ponieważ u człowieka objawy choroby tej występują najczęściej w 2-gim miesiącu po pokąsaniu przez zwierzęta, przeto okres ten jest dostatecznym, by ochronić organizm ludzki zapomocą wstrzykiwań od wybuchu wścieklizny.

Koniecznem jest, by chorzy leczeni w zakładzie szczepienia ochronnego wścieklizny po powrocie do stałych miejsc pobytu byli przez przeciąg całego roku w obserwacyi lekarskiej a w przypadku śmierci wśród objawów nawet tylko podejrzanych o wściekliznę, zwłoki ich natychmiast poddane były sekcyi policyjno-lekarskiej; w przypadkach wykazania lub nawet podejrzenia wścieklizny należy mostek Warola z rdzeniem przedłużoyym po oddzieleniu móżdżku w glicerynie wedle ustawy opakowane odesłać wraz z historyą choroby i protokołem sekcyjnym do zakładu w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 39. 1a94). *Dr. Komorowski.*

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: **O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćm.**

Jakkolwiek od czasu wprowadzenia antyseptyki odsetka zakażeń ran po operacyi zaćmy zmalała znacznie, bo wynosi bodaj 1% w przeciwstawieniu do 15% w czasach przedantyseptycznych, to jednak i dziś ropienie udaremnia niejedną operacyą. Lecz gdy dawniej oko zakażone jadem ropnym było niechybnie stracone, mimo wszelkich starań lekarza i stósowania wszelkich, dawniej zalecanych środków, jak upust krwi, okłady ciepłe, atropina, środki czyszczące itp., dzisiaj mamy nierównie silniejszą broń przeciw ropieniu i nieraz może się udać otrzymać jeszcze jaki taki wzrok, pomimo tak ciężkiej sprawy, jaką jest zapalenie ropne, dzięki odkryciom Listera, Pasteura i innych.

Zakażenie samych brzegów ranki możemy dość szybko i pewnie dzisiaj opanować, bądź to zapomocą galwanokautera bądź to środkami odkażającymi, jakiemi są azotan srebra w rozczynie wodnym lub *in substantia*, zapuszczanie rozczynu sublimatu 1:10000 lub wprowadzanie maści sublimatowej do worka spojówkowego, lub też zastrzykiwanie sublimatu podspojówkowe podług Dariera.

Jeżeli jednak naciek ropny sięga głębiej w rogówkę a przytem ciecz wodna jest mętna, lub wcale jest ropa w komórce przedniej, tęczówka zaś szara i pokryta produktami zapalnymi, należy niezwłocznie otworzyć rankę operacyjną,

a jeśli takiej nie było, np. po dyscysyi, należy rogówkę przeciąć, ciecz wodną wypuścić a komórkę przodkową przepłukać dobrze rozczynem fizyologicznym soli kuchennej.

Mocnych środków antyseptycznych używać w tym celu nie należy, gdyż to mogłoby na delikatnej błonie Descemetego sprawić trwałe zaćmienie; chyba że produkty zapalne i na tej błonie są złożone, wtedy zamiast soli używa W. rozczynu sublimatu 1:20000. Jeśliby skutek tego zabiegu był niedostateczny, albo zupełnie niewidoczny, należy go znowu powtórzyć i nawet kilkakrotnie; oczywiście należy poprzednio oko znieczulić kokainą a dzieci niespokojne uśpić.

Może jednak zdarzyć się tak silne zakażenie, że wszelkie, wyżej podane zabiegi okażą się za mało skuteczne. Jeśli więc grozi ropne zapalenie całego oka, wtedy radzi W. wstrzykiwać sublimat do gałki, zamiast pod spojówkę. Wbija on igłę Pravaza na jakie 10 milim. od brzegu rogówki przez twardówkę do ciałka szklanego między mięśniem zewnętrznym prostym a dolnym i wstrzykuje do ciałka szklanego 1—2 kropli sublimatu 1:1000 wody, zwracając igłę ku temu miejscu, gdzie sądzi, iż napotka główne ognisko ropne. To leczenie stósuje także w przypadkach zaćm urazowych, połączonych z zakażeniem rany.

Zabiegi te zmierzają do tego, aby zarazek bądź z oka wydalić, bądź go znacznie osłabić. Ale operator powinien prócz tego starać się, aby samo zapalenie utrzymać we właściwych granicach.

Należy zatem prócz wyżej zalecanych środków, użyć atropiny albo nieraz ezeryny, aby tęczówce nadać więcej sprężystości (*tonus*). W razie silnych bólów może i upuszczenie krwi okazać się skutecznem; wielką usługę oddają lekarzowi okłady bądź ciepłe, bądź też zimne. W. jest zwolennikiem okładów zimnych, które podług niego powstrzymują rozwój mikrobów a temsamem produktów ich życia, tak dla ustroju szkodliwych. To też stósuje je W. zaraz z początku zapomocą przyrządu Leitera; dopiero gdy zapalenie się nie zmniejsza, lub okłady te dla pacyenta są bardzo przykre, zamienia je na ciepłe. Ciepłe okłady zmniejszają bóle a zwiększając przypływ krwi do miejsca chorego, powiększają odporność tkanki, ułatwiają przemianę materyi, przepacanie (dyapedezę) i fagocytozę a tem samem pomagają do wydalenia mikrobów z tkanki.

Autor popiera opisany sposób leczenia swem długoletniem doświadczeniem i podaje, że udało mu się, w ten sposób postępując nietylko zapobiedz wybuchowi ropnego zapalenia całego oka, ale nawet utrzymać jaki taki wzrok, w przypadkach nieraz rozpaczliwych. (*Nowiny lekarskie.* Nr. 12. 1894). *Dr. Brudzewski.*

Zapiski terapeutyczne.

1. **Ullmann** (w Wiedniu): **O wartości praktycznej wstrzykiwań w żyły.** Jeszcze w r. 1890. podał Gwidon Baccelli po raz pierwszy do publicznej wiadomości nowy swój sposób leczenia zimnicy za pomocą wstrzykiwań chininy w żyły. Przeciw temu sposobowi terapeutycznemu, który przyjął się tylko we włoskich szpitalach i klinikach, wystąpił pierwszy Nothnagel, wskazując i na niebezpieczeństwo tej nowej metody zadawania chininy i na jej zupełną zbyteczność, skoro nie wyleczono nią żadnego przypadku zimnicy, który nie ustąpił wewnętrznemu zadawaniu chininy.

Jeszcze na wiosnę roku zeszłego (1894.) wystąpił Baccelli z zaleceniem wstrzykiwań sublimatu w żyły przeciw kile (patrz Nr. 13. *Przeglądu lek.* z roku 1894) a jakkolwiek od tego czasu upłynęło prawie 9 miesięcy i sposobu przez Baccellego podanego spróbowano w wielu klinikach i szpitalach, być może i w praktyce prywatnej, dotychczas bardzo mało ogłoszono w tej mierze, najpodobniej do prawdy, ponieważ nie uzyskano pomyślnego rezultatu.

Przedewszystkiem wykazali Blaschko, Lewin, Lang, a przed nimi Uhma we Lwowie, iż wstrzykiwania w żyły sublimatu nie są ani łatwe ani niebolesne, co ostatecznie przyznał sam Baccelli, radząc teraz za każdym razem odpreparować chirurgicznie żyłę właściwą, przytwierdzić do niej w sposób odpowiedni kaniulę i potem dopiero wstrzykiwać sublimat.

Jeżeli do wyleczenia kiły potrzeba takich wstrzykiwań 15 do 18, to łatwo pojąć orzeczenie Langa w Wiedniu, iż po skończeniu takiego leczenia trudno znaleść jeszcze gdzie żyłę, do którejby można wstrzykiwać sublimat.

Ale jest jeszcze druga, bardzo ważna przeszkoda praktycznego zastósowania metody podanej przez Baccellego, t. j. jej niebezpieczeństwo przez możność wywołania zatorów, na co na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Wiedniu zwrócili uwagę Blaschko, Kaposi, Neumann i inni. Do tego przychodzi jeszcze i to, że niektóre indywidua nie znoszą rtęci, co zdaniem autora pochodzi z mimowolnego lub naumyślnego przekraczania godziwej dawki albo ze zmian anatomicznych w sercu, naczyniach, płucach i nerkach, zmian nieraz za życia trudnych do wykazania. Jakoż znana jest pewna liczba przypadków śmierci po zadawaniu rtęci, a Uhma donosi, iż w jego doświadczeniach zginęło dwoje zwierząt po wstrzyknięciu w żyły jednemu jednego, drugiemu trzech miligramów sublimatu.

Wprawdzie dotychczas nie widziano żadnego przypadku śmierci u człowieka po wstrzyknięciu w żyły a przynajmniej nie doniesiono dotychczas o żadnym, to mimo tego w obec powyższych uwag nie ma wątpliwości, iż wstrzykiwania sublimatu w żyły trzeba uważać za rzecz niebezpieczną.

Trzecią, ważną okolicznością w sprawie wstrzykiwania sublimatu w żyły jest wzgląd na ich skuteczność.

Baccelli powiada wprawdzie, że miał świetny rezultat w swoich przypadkach kiły układu nerwowego, ale nie ma wątpliwości, że podobne rezultaty terapeutyczne można uzyskać po wśródmięśniowych wstrzykiwaniach sublimatu sposobem podanym przez Łukasiewicza w Inspruku, twierdzenie zaś Baccellego, iż wprowadzając sublimat do żył, działa się wprost na zmiany kiłowe w naczyniach, jest czysto teoretyczne, tem bardziej, iż zmiany te prócz błony wewnętrznej (*intima*) zajmują także błonę środkową i dodatkową (*media* i *adventitia*), na które prąd krwi przecież wprost działać nie może; a i to także trzeba mieć na uwadze, że kiła ogólna nie występuje wyłącznie tylko w naczyniach.

W końcu wypada uwzględnić i wydzielanie zadanego leku.

Wiadomo, iż leki wprowadzone wprost do krwi prawie natychmiast opuszczają układ naczyniowy a Blaschko przekonał się (por. Nr. 46 *Przeglądu lek.* z r. z.), iż sublimat już w kilka godzin po wstrzyknięciu w żyły ukazuje się w moczu, znika zaś zupełnie w 24 godziny. Jeżeli się jeszcze uwzględni, że wstrzykuje się naraz bardzo mało, bo tylko od 2 do 8 miligramów sublimatu, to przyjść się musi do przekonania, wprawdzie na razie tylko teoretycznego, iż działanie wstrzykiwania sublimatu w żyły musi być przelotne i słabe, wstrzykiwanie zaś przez czas długi systematyczne byłoby z wymienionych już przyczyn niepraktyczne a nawet niebezpieczne.

Z tem też zgadzają się doświadczenia terapeutyczne Blaschki i doświadczenia w oddziale chorób wenerycznych prof. Langa w Wiedniu tak, iż **trzeba oświadczyć się dzisiaj przeciw wstrzykiwaniom sublimatu w żyły** sposobem Baccellego, niebezpiecznym a niemającym żadnej wyższości terapeutycznej nad innemi sposobami zadawania rtęci.

Sposób Baccellego mógłby może znaleść zastósowanie praktyczne w chorobach zakaźnych, w których właściwy pasorzyt znajduje się przeważnie lub wyłącznie we krwi, jak w malaryi, ropnicy, gnilicy, durze powrotnym i niektórych podzwrotnikowych chorobach zakaźnych. W tej mierze robi się doświadczenia w jednej z klinik wiedeńskich. (*Allgemeine Wiener med. Ztg.* 25. Grudnia 1894).

2. **Leczenie błonicy surowicą właściwą** (z obrad londyńskiego Towarzystwa klinicznego). Na posie-

dzeniu w dniu 14. z. m. i r. podali Washburn, Goodall i Card wypadek swych spostrzeżeń w 80 przypadkach błonicy u dzieci, liczących mniej niż 15 lat a leczonych surowicą wyrabianą w *British Institute of Preventive Medicine.*

Wszystkich chorych badano bakteryologicznie i u 61 znaleziono właściwy laseeznik Löfflerowski. U jednego chorego z dławcem (*croup*) wykazano również ten laseeznik mimo, iż nie było błon wrzekomych w gardle. Przypadek ten po tracheotomii zakończył się pomyślnie. We wszystkich przypadkach, w których znaleziono laseeznik Löfflerowski, rozpoznawano błonicę z wyjątkiem jednego, który miał wejrzenie zapalenia mieszkowego migdałków *(amygdalitis follicularis)*. W 11 przypadkach, okazujących klinicznie wszelkie przypady błonicy nie można było wykryć właściwego laseeznika.

W ogólności stopień choroby zostawał w prostym stosunku do ilości laseczników Löfflerowskich. Wbrew powszechnemu mniemaniu przekonali się prelegenci, że obecność streptokoków obok laseeznika Löfflerowskiego łączy się raczej z pomyślnym przebiegiem choroby tudzież, iż odmiana krótka laseeznika Löfflerowskiego jest mniej jadowitą, niż średnia a ta znów mniej jadowitą, niż długa.

Surowicę wstrzykiwano ze wszystkiemi ostrożnościami aseptycznemi naraz od 5 do 30, razem od 5 do 90 cm.^{3}. Najczęściej wstrzykiwano w samym początku po 20 cm.^{3} a w 18 do 24 godzin potem przynajmniej jeszcze 10 cm.^{3}. Pomyślny wpływ tych wstrzykiwań objawiał się zmniejszeniem błon wrzekomych, spadkiem liczby tętna i ciepłoty, jeżeli była gorączka, tudzież poprawą stanu ogólnego. W 6 przypadkach wystąpiły po wstrzykiwaniu surowicy bóle w stawach, utrzymujące się przez 3 dni.

Z 72 przypadków niewątpliwej błonicy, leczonych surowicą, 14 czyli 19·44% zakończyło się śmiercią. Z dziewięciu przypadków tracheotomowanych 3 zakończyły się śmiercią. U sześciu chorych wystąpiły porażenia pobłonicze, które, przynajmniej dotychczas, nie okazują się ciężkiemi.

Herringham leczył surowicą w londyńskim szpitalu św. Bartłomieja 18 przypadków błonicy u dzieci liczących od 20 do 37 miesięcy; jedenaście z nich było ciężkich a siedem lekkich. Te wszystkie zakończyły się pomyślnie, gdy z tamtych w dziesięciu trzeba było robić tracheotomię, 3 razy zakończoną śmiertelnie a raz intubacyę.

3. Bäumler: O rozpoznawaniu i leczeniu błonicy. (Z kliniki wewnętrznej we Fryburgu w Bryzgowii). Do bardzo niedawna leczenie błonicy należało do nader niewdzięcznych zadań lekarza a nawet wykrycie przez Klebsa i Loefflera właściwego laseeznika, lubo wskazało na nowo na potrzebę leczenia miejscowego, nie doprowadziło wobec trudnych do zwalczenia przeszkód dla skutecznej desinfekcyi do praktycznego rezultatu. Dopiero badania nad odpornością *(immunitas)* i uodpornianiem *(immunisatio)* wykazały, iż podczas chorób zakaźnych powstaje w surowicy krwi substancya antytoksyna), która zobojętnia prawdopodobnie jad wytworzony przez właściwy zarazek.

Roux i Yersin wykazali już przed laty, że najcięższe przypady błonicy polegają na zatruciu wytworzonemi przez właściwe bakterye toksynami i że właśnie dla pomyślnego leczenia tej choroby byłoby rzeczą bardzo ważną wytworzyć w ustroju odtrutki czyli antytoksyny, zobojętniające owe szkodliwe dla organizmu jady czyli toksyny.

Poszukiwania Behringa i Kitasaty, Rouxa i innych, dowiodły, że świnki morskie znoszą bez szkody śmiertelne nawet dawki jadu błoniczego, jeżeli im się wstrzyknie odpowiednią ilość uodporniającej surowicy.

Na tej zasadzie oparli Behring i Roux swój system leczenia błonicy u człowieka.

W klinice lekarskiej we Fryburgu w Bryzgowii spróbowano leczenia błonicy surowicą swoistą w 26 przypadkach, między którymi była pewna liczba bardzo ciężkich, z których dwa skończyły się śmiercią. Dla małej liczby przypadków nie podaje autor żadnych odsetek, ale może tylko oświadczyć w ogólności, że wrażenie po wstrzyknięciach surowicy Behringa było w całości bardzo korzystne. W kilku ciężkich przypadkach z nalotami spływającymi się i początkami zwężenia krtani była zmiana obrazu chorobowego po 12 do 24 godzinach po wstrzyknięciu surowicy po prostu zadziwiająca. Szczególniej uderzał pomyślny wpływ leczenia na zmianę miejscową i to w przypadkach z gorączką tak znaczną, jak i małą. W dwóch przypadkach tworzyły się błony wrzekome na nowo po wstrzykiwaniach; jeden z nich zakończył się śmiercią, w drugim wystąpiło mocne zapalenie nerek z przebiegiem lubo ciężkim, ostatecznie wszakże pomyślnym.

Rumień *(erythema)* widziano tylko 4 razy, zazwyczaj w 8 do 14 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy; utrzymywał się on przez 4 do 5 dni a tylko raz towarzyszyło mu podniesienie się ciepłoty do 37·9.

Białkomocz *(albuminuria)* pojawiał się w mniejszym lub większym stopniu prawie w każdym przypadku bez możności wszakże wykazania jego związku ze wstrzykiwaniem surowicy.

Ponieważ po wstrzykiwaniach surowicy swoistej można spodziewać się skutku jedynie w zapaleniach gardła wywołanych przez laseeznik Loefflerowski, przeto bardzo ważne jest w każdym przypadku zbadanie sprawy bakteryologiczne. W klinice oczywiście takie badanie nie przedstawia trudności, ale w praktyce prywatnej nie można wymagać go od lekarza; dlatego pożądaną byłoby rzeczą, by za przykładem Nowego Jorku pozaprowadzano w miastach, przynajmniej większych, pracownie bakteryologiczne dla użytku lekarzy prywatnych.

W klinice autora używano obok surowicy we wszystkich (z wyjątkiem jednego) przypadkach błonicy jeszcze miejscowo zasypywania pyłem siarczanym *(sulfur depuratum, praecipitatum)*, idąc w tej mierze za zaleceniem Liebermeistra. Czy siarka działa tu mechanicznie, czy chemicznie, t. j. antyseptycznie, o to teraz mniejsza, ale pomyślne jej działanie nie ulega zdaniem autora wątpliwości. Wdmuchnięciem lub zasypaniem zapomocą pędzla siarki, co trzeba robić po 3 do 4 razy na dobę, nie można w żaden sposób zaszkodzić nawet, gdyby ów pył siarczany dostał się do krtani.

W każdym przeto razie dalsze doświadczenia z surowicą Behringa są konieczne z szczególnem baczeniem na zmiany anatomiczno-patologiczne w przypadkach zakończonych śmiercią.

4. Kraske: Rezultaty leczenia błonicy. (Z kliniki chirurgicznej we Fryburgu w Bryzgowii). Z 16 tracheotomowanych a leczonych surowicą Behringa umarło 5 czyli 31.25%, co nie różni się prawie nic od rezultatów otrzymywanych w latach dawniejszych.

Co się tyczy działania samej surowicy, przyznaje autor, iż ogólne wrażenie z początku jest rzeczywiście bardzo korzystne. Ale autor widział przypadki śmierci u dzieci, u których wstrzykiwania działały wybitnie pomyślnie i u których po tracheotomii można już było wyjąć nawet kaniulę. Dzieci te na nowo dostawały gorączki, mocnego nieżytu oskrzeli, zapalenia płuc zrazikowego i białkomoczu. Autor przekonał się, że białkomocz powiększał się po wstrzyknięciach. Trzeba sobie zadać pytanie, czy późne wystąpienie zapalenia nerek równie jak rumienia i nawrotów choroby nie są skutkiem wstrzykiwania surowicy. *(Münchener med. Wochenschrift.* 25. Grudnia 1894).

5. Mougeot. O użyciu równoczesnem kawy i przetworów makowca. Według autora, kawa użyta równocześnie obok przetworów makowca niweczy ich działanie nasenne, nie tykając bynajmniej ich działania kojącego; jakoż używa autor z pożądanym skutkiem morfiny obok kawy, gdy chodzi mu o działanie łagodzące ból i kojące bez sprowadzenia snu, jak w miesiączce bolesnej, dychawicy *(asthma)*, parciu na mocz lub stolec, kaszlu napadowym, niektórych bólach głowy i t. p.

Autor poleca w tym celu podgotować 2000 gramów prostego syropu do 1500 gramów i dodać do niego 500 gramów mocnego naparu kawy, zawierającego 20 centygramów morfiny tak, że na 100 gramów otrzymanej w ten sposób sposób mięszaniny przypada centygram morfiny, dawka wprawdzie nie wielka, ale wystarczająca dla przypadków nie wymagających zbyt mocnych środków i nadająca się dla dzieci.

Rozumie się samo przez się, że kawa musi być przedniego gatunku i przyrządzona z zachowaniem aromatu, pochodzącego z kofeonu, który właśnie usuwa działanie nasenne morfiny. *(La semaine médicale,* 26. Grudnia 1894).

6. A. Claus. Tryonal jako środek nasenny u dzieci. Według autora, tryonal jest znakomitym środkiem przeciw bezsenności u dzieci, pochodzącej z różnych przyczyn w układzie nerwowym, jak np. pląsawicy, strachaniu się nocnem *(pavor nocturnus)*, tudzież w narządzie oddechowym i przewodzie pokarmowym. Autor zadaje dzieciom od miesiąca do roku życia po 20 do 40 centygramów, od 1—2 lat po 40 do 80 centygramów, od 2 do 6 lat po 80 do 120 a między 6 a 10 po 150 centygramów. Te dawki dzieci znoszą wcale dobrze. Trynal zadaje się na kwadrans lub pół godziny przed pójściem spać w mleku ciepłem, miodzie lub w postaci cukierków. Skutek następuje w 10 do 15 minut. *(La semaine médicale,* 26. Grudnia 1894).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 45.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa, protomedyka Dra Merunowicza ze Lwowa.

3) Kol. przewodniczący poddaje pod głosowanie kandydaturę Dra Nowaka Zygmunta, którego po obliczeniu głosów przyjęto.

4) Kol. Bossowski okazuje chorego z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego; chory ten złamał przed 9-ciu dniami kość udową. Po parudniowem zatrzymaniu chorego w łóżku i stosowaniu środków przeciwzapalnych założył mu mówca opatrunek gipsowy według zasad, jakie dziś coraz bardziej zyskują uznanie w leczeniu złamań kończyn, t. zw. ambulatoryjnem. Choremu wkrótce po założeniu gipsu pozwolono wstawać i chodzić i dziś może on poruszać się zupełnie bez bólu i dość swobodnie.

Opatrunek taki, zdaniem mówcy, ma następujące działanie: 1° ustala dokładnie złamane końce kości, 2° działa ekstensyjnie na chorą kończynę, górnym zaś punktem oporu dla tej ekstensyi jest *tuber ischii*, dolnym okolica kostek i powierzchnia grzbietowa stopy, 3° co najważniejsze, pozwala choremu chodzić, używać ruchu, nawet zajmować się lżejszą pracą, nie robiąc z niego kaleki, zmuszonego tygodniami leżeć w łóżku. Wobec tych zalet uważa mówca opatrunek taki za wielki postęp w chirurgii złamań kończyn i poleca bardzo jego stosowanie.

Kol. Rydygier stosuje ten sposób leczenia złamań kończyn dolnych w klinice chirurgicznej już od 1½ roku i z wyników jest zadowolony. Jednakże musi tu dodać, na co zwraca uwagę zawsze i w wykładach swoich, że dobre założenie takiego opatrunku nie jest rzeczą łatwą, wymaga znacznej wprawy i przedewszystkiem tam tylko taki opatrunek stosowany być powinien, gdzie możliwą jest po założeniu stała kontrola ze strony lekarza, w przeciwnym bowiem razie możliwe jest zbyt mocne założenie ze wszystkiemi smutnemi następstwami zaciśnięcia.

Kol. Bossowski zgadza się w zupełności z uwagami prof. Rydygiera, nie sądzi tylko, aby zrobienie takiego opatrunku było zbyt trudne. Ze względu na bardzo obfity porządek dzienny, kol. przewodniczący dalszą dyskusyę w tej sprawie odkłada na przyszłe posiedzenie.

4) Kol. Tyszkiewicz opowiada o trzech przypadkach ze swej praktyki a mianowicie: 1° *pneumonia infantilis* u mężczyzny dorosłego o niezwykle krótkim przebiegu, gdyż 4-go dnia były już objawy rezolucyi; 2° przypadek róży na podbrzuszu, udach i mosznach, w której przebiegu wystąpiła częściowa zgorzel skóry moszen; 3° przypadek płonicy o niezwykłym przebiegu.

5) Kol. Nowak Julian miał zapowiedziany wykład o formalinie, przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek.*

Kol. Kostanecki używa roztworów formaliny do nastrzykiwania naczyń w trupach przeznaczonych do ćwiczeń anatomicznych. Trup w ten sposób przygotowany może być zachowany przez parę tygodni; koszt nastrzyknięcia jednego trupa wynosi tylko koło 30 centów. Formalina posiada rzeczywiście wielkie zalety jako środek do stwardniania i przechowywania preparatów anatomicznych; mózgi n. p. zachowują świetne swoje wejrzenie prawidłowe ze wszystkiemi zagłębieniami i zwojami.

Kol. Mars dostrzegł, że niekorzystną stroną formaliny jest, że niektóre tkanki w niej zanadto kruszeją; robi on przeto obecnie próby stosowania jej w połączeniu z wyskokiem i spodziewa się, że otrzyma ztąd lepsze wyniki.

Kol. Rydygier wyraża przypuszczenie, czyby nie dało się zastosować formaliny do celów leczniczych, w tych n. p. przypadkach, gdzie idzie o oddzielenie jakiejś części chorobowej, n. p. w zgorzeli wiekowej (*gangraena senilis*). Zapytuje więc się prelegenta, czy formalina nie posiada jakich własności trujących.

Kol. Nowak odpowiada, że formaliny użyć wewnętrznie stanowczo nie można a o stosowaniu zewnętrznem nie wiele wiadomo; skutek zależeć będzie od ilości użytego środka.

6) Kol. Haim miał odczyt *o wartości higienicznej wody studziennej oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza*, przyczem okazał hodowle drobnoustrojów wyhodowanych przez siebie. Odczyt ten przeznaczony do druku w *Przeglądzie lekarskim.*

W dyskusyi kol. Ponikło podnosi zalety tego odczytu wypowiedzianego na podstawie bardzo ścisłych badań bakteryologicznych i popartego okazaniem pięknych hodowli drobnoustrojów w wodzie wykrytych, sprzeciwia się jednak stanowczo zdaniu prelegenta, jakoby w celach higienicznych o jakości wody do picia rozstrzygało badanie bakteryologiczne a chemiczne tylko podrzędne miało znaczenie: przeciwnie badanie bakteryologiczne jest tylko cennem uzupełnieniem badania chemicznego. Inaczej oczywiście rzecz się przedstawia, gdy chodzi o badanie wody pod względem obecności drobnoustrojów chorobotwórczych — tu decydować będzie wynik badania bakteryologicznego. Kol. Ponikło, jako Dyrektor krajowego szpitala św. Łazarza wyraża zadowolenie, że woda w studni szpitalnej koło oddziału zakaźnego jest dobrą i w drobnoustroje ubogą — zarazem tłómaczy ten korzystny wynik badania tem, że grunt Szpitala św. Łazarza popod warstwą humusu mieści stosunkowo grubą warstwę żwiru i piasku drobno-ziarnistego, co sprawia dokładne filtrowanie wód meteorycznych. Okoliczności te sprawdził dawniej podczas budowy bliskiego szpitalowi Schroniska Lubomirskich, przy budowie c. i k. Arsenału i t. p., gdzie grunt jest piaszczysty a woda wszędzie bardzo dobra. (Sprawozd. własne).

Kol. Merunowicz nie wątpi o prawdziwości wyników otrzymanych przez kol. Haima, lecz nie może się zgodzić, aby doły kloaczne nie miały ważnego wpływu na dobroć wody studziennej; szczególnie przy tak przepuszczającym gruncie dość jest, żeby służący szpitalny wylał jakiś nocnik wydzielin na ziemię w pobliżu studni, czego u naszej służby upilnować nie można, aby studnię zanieczyścić. Dla tego też każda studnia w pobliżu mieszkań ludzkich, tembardziej oddziału chorób zakaźnych winna być uważana za podejrzaną i woda z niej używaną z największą ostrożnością.

Kol. Haim podaje, że odległość studni od dołu kloacznego wynosi 16 metrów; służba szpitalna o tyle jest wyuczona, że przy studni nigdy nie myje nic, ani nie pierze, tembardziej więc nic wylewa nieczystości. Zresztą do użytku wody surowej służy na oddziale filtr Maignena.

Kol. Ponikło zgadza się z kol. Merunowiczem co do wpływu bliskości mieszkań na zanieczyszczenie wody studziennej; co się tyczy służby szpitalnej, to jakkolwiek wiele pozostawia ona do życzenia, pilnuje się jej o tyle, że trudno przypuszczać, aby mogła jakieś dejekcye wylewać do studni.

Kol. Bujwid nie przypuszcza możności przejścia zarazków drobnoustrojowych przez warstwę ziemi grubości 16 metrów. W obecnym zakładzie higienicznym istnieje oddawna dół kloaczny, urządzony w sposób zupełnie prymitywny, bez ocementowanego dna; pomimo to w studniach znajdujących się w sąsiedztwie mówca nie znalazł zanieczyszczeń bakteryami a nawet już w odległości 3 metrów od dołu grunt był wolny od nich.

Kol. Domański jest zdania, że w Krakowie właściwie mówiąc, wody dobrej niema. Wszystkie studnie są w większym lub mniejszym stopniu zanieczyszczone wskutek złej ich budowy i bliskości ścieków lub dołów kloacznych. Lepiej już przedstawiają się stosunki na gruntach Szpitala św. Łazarza, gdyż istnieją tam w głębokich warstwach źródła dostarczające wody do studzien i działające tym sposobem samooczyszczająco na wodę w studniach. Temu przypisać należy pomyślne wyniki poszukiwań kol. Haima.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Stycznia 1895.

— Od redakcyi. W dawniejszych latach wychodził *Przegląd lekarski* przez kilka tygodni letnich w numerach arkuszowych. Z powodu coraz większego wzrostu materyału naukowego nie wydalismy w latach 1893 i 1894. nawet w lecie żadnego numeru arkuszowego i na przyszłość tak dalej robić będziemy.

— Rozpoczynając z niniejszym numerem rok nowy, miło nam donieść na tem miejscu o dowodach uznania pracy zawodowej dla dwóch naszych kolegów.

Ze Lwowa donoszą, iż w uznaniu wielkiej troskliwości, z jaką nowy dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, Docent Dr. Ponikło oddaje się swym obowiązkom i chcąc mu umożliwić zaniechanie prywatnej praktyki lekarskiej a oddanie się i nadal jedynie czynnościom w szpitalu, dla którego w ciągu roku jednego bardzo wiele dobrego zdziałał, postanowił Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek, ażeby przyznał dyrektorowi Ponikle dodatek osobisty w kwocie 500 złr. rocznie.

Jubileusz 25-letni lekarskiego zawodu Dra Eugeniusza Skakalskiego w Podgórzu (pod Krakowem) uczciło w dniu 30. z. m. grono tamtejszych obywateli w ten sposób, iż deputacya rady miejskiej z burmistrzem na czele wręczyła Jubilatowi po uroczystych przemowach wspaniały serwis srebrny na 12 osób, poczem odbyła się uczta, podczas której wśród serdecznych toastów nie szczędzono słów dla wyrażenia sympatyi, jaką cieszy się Dr. Skakalski.

— W szpitalu św. Ludwika w Krakowie prowadzi się od kilku tygodni pod kierunkiem prof. Dra Jakubowskiego doświadczenia nad leczeniem błonicy antytoksyną, której sprowadzenie w większych ilościach, w miarę potrzeby, natrafiało jednak na trudności, dotychczas bowiem, wyrabiają surowicę jedynie w Höchst i w Paryżu i to w ilościach nie zostających w żadnym stosunku do ogromnego popytu. Fabryka w Höchst. dopiero na skutek osobnych zabiegów ze strony szpitala św. Ludwika. dostarczyła w dwóch przesyłkach żądanych ilości. Surowica dostarczona na drugi zawód różni się tem od pierwszej przesyłki, że na każdej skrzynce drewnianej, osłaniającej plombowaną flaszeczkę z surowicą, oznaczony jest dzień próby na zwierzętach, jakoteż dzień napełnienia flaszeczki wypróbowaną w ten sposób surowicą. Ta d obna na pozór inowacya usuwa uzasadnione obawy przed używaniem dłuższy czas w składach aptecznych przechowywanej a tem samem nieraz zepsutej surowicy. W pierwszych dniach Stycznia r. b. zobowiązał się Dr. Aronson dostarczyć odpowiednich ilości surowicy, wyrabianej pod jego kierunkiem w fabryce Scheringa w Berlinie po cenach o wiele niższych, niż te, które oznaczyła dla swego wyrobu fabryka w Höchst. Równocześnie poczyniono za pośrednictwem Dra Kleckiego w Paryżu starania w celu uzyskania surowicy wyrabianej w instytucie Pasteura pod kierunkiem Dra Rouxa. Zapewniwszy sobie w ten sposób na najbliższy czas dostawę nowego środka leczniczego ze wszystkich prawie źródeł zagranicznych, dyrekcya szpitala św. Ludwika, nie przerywając toku doświadczeń, oczekuje chwili, w której można będzie użyć do dalszych doświadczeń surowicy wyprodukowanej w państwie austryackiem.

— Najbliższa, co trzy lata w kwocie 300 funtów szterlingów udzielana nagroda Astleya Coopera przypadnie autorowi najlepszej pracy: O chorobach stawów wywołanych przez kiłę (*syphilis*) i wiewiór (*gonorrhoea*).

Ubiegający się o te nagrodę winien pracę swą, napisaną czytelnie w sposób zwykły lub za pomocą maszyny do pisania w języku angielskim lub innym z dodaniem tłómaczenia angielskiego przesłać przed 1. Stycznia 1898. kolegium medyczno chirurgicznemu w Guy's Hospital w Londynie. Prace zaopatrzone mają być w godło i t. d. jak zwykle.

Bliższych wiadomości udzieli na żądanie Dr. Hale White, 65 Harley Street. Londyn W.

— Lekarz niemiecki, Dr. Herman Weber w Londynie ofiarował król. Towarzystwu lekarskiemu tamże 2500 funtów szterlingów na fundusz, z którego procenta 3-letnie mają iść na konkurs na najlepsze prace z zakresu gruźlicy płuc.

— A. Macphail profesor pedyatryi w Montreal w Kanadzie donosi o epidemii porażeń, która w ciągu 3 miesięcy letnich r. z. w tem mieście nagabnęła 122 dzieci i nie była zapaleniem nagminnem opon mózgordzeniowych, lecz zbliżała się raczej do *paralysis infantum essentialis*, zapalenia ostrego przedniej substancyi szarej rdzenia pacierzowego. Dotychczas nie udało się wykazać ani etyologii ani bakteryj tej epidemii.

— Pytanie, czy zbrodniarz, na którym wykonano wyrok śmierci zapomocą elektryczności, stracił życie rzeczywiście czy też tylko pozornie, nabrało w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej znaczenia praktycznego, gdy Arsonval wystąpił z twierdzeniem, iż człowiek rażony prądem elektrycznym jest tylko w stanie ciężkiego omdlenia i może być podobnie, jak utopiony, przywołany do życia.

W celu przekonania się o prawdzie tego twierdzenia wystąpił lekarz amerykański Dr. Gibbons do sądu z prośbą o pozwolenie zrobienia próby przy sposobności wykonania elektrycznością najbliższego wyroku śmierci. Sąd prośbie tej odmówił; przypadek atoli nastręczył sposobność zrobienia próby, w dniu 16. Listopada bowiem w Pittsfield w Stanie Massachusetts niejaki Cutter rażony został przypadkiem prądem, mającym 4500 volt a zatem prądem mocniejszym od używanego w Stanach Zjednoczonych do wykonywania wyroków sprawiedliwości. Rażonego ratowali urzędnicy fabryki, wzniecili sztuczne oddechanie i po 7 minutach przywrócili go do życia. Następnego dnia ów rażony miał się dobrze i mógł opowiedzieć o tem, co z nim zaszło.

— Usuwanie odpadków gospodarczych z miasta sprawia władzy miejscowej w Paryżu wiele kłopotu. Obecnie zbudowano do ich palenia na próbę kilka pieców, idąc w tej mierze za przykładem danym przez niektóre miasta angielskie a osobliwie północno-amerykańskie. W Saint-Louis w Stanach Zjednoczonych znajduje się do niszczenia miejskich odpadków gospodarczych osobna fabryka, w której wydziela się z nich stósownemi przyrządami mechanicznemi naprzód skorupy szklane, puszki z konserw, stare kapelusze itp. przedmioty, chętnie zabierane przez gałganiarzy a resztę daje do olbrzymich cylindrów żelaznych, które celem osuszenia śmieci ogrzewa się parą. Tak wysuszone odpadki zalewa się naftą, którą po 36 godzinach wypuszcza. Nafta pochłania tłuszcze, które otrzymuje się znowu przez destylacyą. Tłuszcze te służą do wyrobu mydła, gdy reszta pozostała, zawierająca dużo azotu i fosforanów ma stanowić wyborny nawóz bardzo chętnie przez rolników nabywany.

— We wydziale lekarskim uniwersytetu berlińskiego zaprowadzono temi czasy wykłady praktyczne mikrofotografii.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych zwróciło uwagę Namiestnictwa galicyjskiego, że do czeskich zdrojowisk a zwłaszcza do Karlsbadu i Francensbadu udaje się z Galicyi, Rosyi i Bukowiny znaczna liczba osób ubogich, które pod pozorem kuracyi wyzyskują dobroczynność publiczną i prywatną a nadto pochodząc z krajów nawiedzonych przez cholerę mogą przyczynić się do rozszerzenia tej choroby.

Wskutek tego poleciło Namiestnictwo galicyjskie ogłosić we właściwy sposób, że osoby ubogie, mające ze sobą brudną bieliznę i odzież przy przekraczaniu zachodniej granicy Galicyi podlegać będą ścisłej rewizyi lekarskiej a ich podejrzane pakunki desinfekcyi, w razie potrzeby spaleniu. osoby zaś same od granicy aż do zakładu zdrojowego i w samym zakładzie zostawać będą pod nadzorem policyjno-lekarskim i w razie braku środków do życia i sposobu zarobku, narażają się na odesłanie do kraju.

Co do powstrzymania takich gości kąpielowych z Rosyi, otrzymują organa policyjne na granicy państwa stosowne polecenia.

Ponieważ wszakże i w krajowych także zakładach kąpielowych i klimatycznych żebractwo coraz staje się uciążliwszem, poleciło Namiestnictwo galicyjskie starostom a w Krakowie i Lwowie prezydentom miasta, by przy potwierdzaniu świadectw ubóstwa celem uzyskania kąpieli za darmo lub po zniżonej cenie jakoteż i innych ulg w zdrojowiskach badali dokładnie, czy osoby ubogie udające się do zakładów kąpielowych potrzebują rzeczywiście w nich leczenia, mają dostateczne na podróż i pobyt w nich fundusze i w przeciwnym razie świadectw nie potwierdzali.

Okólnik ten poleciło Namiestnictwo udzielić w odpisie wszystkim lekarzom praktykującym, by świadectwa lekarskie co do potrzeby używania kąpieli lub innych procedur w zakładach kąpielowych wydawali tylko takim pacyentom, u których można po leczeniu się w zdrojowiskach spodziewać się pomyślnego skutku a odmawiali takich świadectw osobom wyniszczonym z braku dostatecznego pożywienia.

— Dr. Libbertz we Frankfurcie n. M., naczelnik oddziału seroterapeutycznego fabryki w Höchst zawiadamia, iż od czasu, gdy prof. Behring zawezwał lekarzy, by mu donosili o miejscowych lub ogólnych przypadach chorobowych, dających się odnieść do wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej, fabryka w Höchst wypuściła w świat więcej niż 40000 porcyj surowicy, doniesiono zaś dopiero o 10 przypadkach zachorowania lekko. W celu uzyskania odpowiedniego materyału obserwacyjnego uprasza Dra Libbertz wszystkich lekarzy, uwiadamiających go o działaniu nieprawidłowem surowicy, by w doniesieniu wymieniali także numer flaszeczki, w której otrzymali surowicę; każda bowiem flaszeczka surowicy, wypuszczona z Hochst ma swój numer, do którego odnosi się osobna flaszeczka kontrolna w fabryce przechowana.

— Profesor Woelfler w Gracu mianowany profesorem chirurgii w uniwersytecie niemieckim w Pradze w miejsce przeniesionego do Wiednia prof. Gussenbauera.

— **Konkurs.** Zwierzchność gminna w Jodłowy (miasteczku w powiecie pilznieńskim w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego. Płaca roczna 300 złr. a nadto ode dworu mieszkanie bezpłatne i 6 sągów drzewa na opał.

Podania zaopatrzone w dyplom doktorski i dowody z praktyki wnosić należy do 20. Stycznia b. r. na ręce naczelnika gminy, który też na żądanie udzieli bliższych szczegółów.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie a d m i n i s t a c y j n e, na którem urzędnicy Towarzystwa i przewodniczący Komisyj stałych zdadzą sprawę z całorocznej czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1674/94.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza dla okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiat., wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadana na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. Stycznia 1895 r.

Bohorodczany 17. Grudnia 1894. Prezes:

60—3—3 *Józef Szeliński.*

Izba lekarska w Krakowie

Odezwa.

Izba lekarska w Krakowie na IV-tym zebraniu dnia 10. Listopada 1894. w sprawie opłat na potrzeby Izby przez lekarzy uiszczać się mających, podjęła następujące uchwały:

I. Na rok 1895. opłata roczna na potrzeby Izby wynosi 4 złr. w. a., dodatek na fundusz kasy wsparcia w razie nagłej potrzeby dla lekarzy lub ich rodzin 2 złr. w. a., razem 6 złr. w. a.

II. Uiszczanie względnie ściąganie powyższych opłat ma być uskuteczniane w następujący sposób:

1) Opłaty roczne na pokrycie potrzeb Izby i dla kasy wsparcia przeznaczone winien każdy lekarz uiścić w ciągu pierwszego kwartału każdego roku i to na raz jeden bądź w biurze Izby bądź za pomocą przekazu pocztowego, na co otrzyma natychmiast pokwitowanie.

2) Po upływie pierwszego kwartału wszyscy lekarze, którzy opłat w sposób sub 1) podany nie uiścili, otrzymają za pośrednictwem zleceń pocztowych wezwanie do wniesienia tych należytości z dodatkiem 30 centów tytułem kosztów ztąd wynikających.

3) Jeżeli opłata za pośrednictwem zlecenia pocztowego w 14-tu dniach uiszczoną nie zostanie, zarządzone będzie jej ściągnienie z dodatkiem 60 centów tytułem kosztów ztąd wynikających w drodze egzekucyi przez właściwą władzę polityczną.

4) Młodzi lekarze w pierwszym roku (kalendarzowym) po otrzymaniu dyplomu nie będą pociągani do uiszczania opłat, co jednak nie uwalnia ich od obowiązku zgłoszenia się do Izby lekarskiej i opłacania ewentualnych grzywien w razie uchybienia obowiązkom swym jako członkom Izby lekarskiej.

W drugim roku (kalendarzowym) po otrzymaniu dyplomu, mogą młodzi lekarze zwolnieni być od uiszczania opłaty tylko pod tym warunkiem, jeżeli do Wydziału Izby wniosą odnośne podania z dowodami, iż są bezpłatnymi funkcyonaryuszami przy jakim zakładzie naukowym, klinice uniwersyteckiej lub szpitalu, albo odbywają służbę wojskową. Podanie takie winno być wniesione w ciągu pierwszego kwartału, w przeciwnym bowiem razie lekarze do tej kategoryi należący wezwani będą zarówno z innymi do uiszczenia opłat należących się Izbie.

5) Lekarze starsi mogą być czasowo (na rok jeden) uwalniani od opłat w razie udowodnionego ubóstwa, które Wydział Izby winien sprawdzić.

Powyższe uchwały podaję P. T. Panom Lekarzom do wiadomości.

Prezydent Izby:

64—1—1 *Dr. Jakubowski m. p.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 12. Stycznia 1895 r. Nr. 2.

Redakcya: [illegible]

Administracya: [illegible] Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w [illegible] skiego, Rynek główny, [illegible]

Ogłoszenia [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres, [illegible] Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy [illegible]

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W początku roku zeszłego ogłosiłem *(Przegląd lekarski* Nr. 5.) spostrzeżenia swoje nad działaniem wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. Z tych spostrzeżeń, jakoteż z ogłoszonych poprzednio przez innych otrzymałem następujące wskazania do stosowania wstrzykiwań: 1) w przypadkach nagromadzenia się ropy w komórce przedniej; 2) w przypadkach zakażonych ran rogówki jako środek leczniczy; 3) w tych samych przypadkach jako środek zapobiegawczy; 4) w ciężkich, uporczywych zapaleniach tęczówki, zwłaszcza połączonych z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej; 5) w zapaleniach twardówki i 6) w zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów. Wyniki ogłoszone oparte były na spostrzeżeniach dokonanych przeze mnie do połowy Września roku 1893. Od tego czasu, w ciągu roku z górą, stosowałem dalej wstrzykiwania podspojówkowe; chcę więc obecnie uzupełnić wyniki, które w pierwszej swej pracy podałem, ponieważ co do niektórych cierpień wypadło mi zmienić zdanie a nadto ogłoszono w roku bieżącym kilka nowych prac o działaniu sublimatu.

Jednocześnie ze mną ogłosił swe spostrzeżenia Wicherkiewicz w pracy: Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych *(Nowiny lekarskie* Nr. 2). Żałuję bardzo, że znam ją tylko ze streszczenia w *Kronice lekarskiej* (Marzec 1894 r.). Otóż do zdania autora o działaniu sublimatu w zapaleniach sympatycznych powrócę później; w sprawach zaś zapalnych ostrych rogówki i tęczówki, zdaniem jego, skutek, jeżeli w ogóle ma wystąpić, to zwykł się objawiać zaraz po pierwszych wstrzykiwaniach, których niewiele trzeba do zupełnego wyniku, w przewlekłych zaś sprawach chorobowych błon gałki ocznej, pomyślny wynik stwierdzić można dopiero po dłuższej seryi wstrzykiwań. Dalej Langie dokonał w klinice prof. Rydla nader licznych spostrzeżeń (przeszło w 50 przypadkach), które ogłosił w gruntownej swej pracy: Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki *(Przegląd lek.* Nr. 28—36). Wyniki przez autora podane cenne są z tego jeszcze względu, że unikał stosowania równoczesnego innych środków leczniczych a przypadki opisał dokładnie i szczegółowo każdy z osobna.

Nie mając zamiaru streszczać obszernej tej pracy, przytoczę tu tylko wskazania zestawione przez autora na podstawie tak własnych jak i obcych spostrzeżeń do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu: 1) Choroby rogówki *a)* wrzody i ropnie. O ile zmiany na rogówce nie są zbyt rozległe, wystarczają same wstrzykiwania, w przeciwnym razie stanowić winny środek pomocniczy. W cierpieniach lżejszych rogówki, mających przyczynę w cierpieniach spojówki, wstrzykiwania są zbyteczne, przeciwnie w groźnych cierpieniach na tej samej podstawie powstałych, wstrzykiwania bardzo są skuteczne; *b)* w przypadkach znaczniejszych ran zakażonych, stosując równocześnie inne środki; *c)* jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce w przypadkach, w których grozi zakażenie ranki; *d)* lżejsze przypadki zapalenia rogówki miąższowego, w cięższych w połączeniu z leczeniem ogólnem. Stosować środek można w samym początku cierpienia; wzrok poprawia się prędko lub też dopiero po kilku wstrzykiwaniach. W dwóch przypadkach sprawa chorobowa ustąpiła w ciągu miesiąca; zaćmienia pozostało po ustąpieniu objawów zapalnych wymagają dalszego leczenia środkami wyjaśniającymi. Langie stosował zawsze atropinę. 2) Wszystkie przypadki zapalenia tęczówki obok bezwzględnie wskazanej atropiny (w cięższych i na tle skazy ogólnej powstałych obok leczenia ogólnego). 3) Zapalenia siatkówki, nerwu

wzrokowego lub obojga razem, o ile cierpienia te nie są zastarzałe. 4) Zaćmienia ciałka szklanego. Środek działał znakomicie, uderzającem było działanie w przypadku krwotoku do ciałka szklanego. 5) Zapalenie sympatyczne obok innego leczenia. 6) Co do zapaleń twardówki autor własnych spostrzeżeń nie przytacza. Co do chorób naczyniówki, to jakkolwiek nie utrzymuje, że wstrzykiwania są przeciwwskazane, sądzi jednak, że jeżeli mają być stosowane, to tylko równocześnie z innem leczeniem, zwłaszcza jeżeli chodzi o zmiany powstałe na tle myopii. Nie są wskazane wstrzykiwania w oderwaniu siatkówki i w jej zwyrodnieniu barwikowem, w zaniku nerwu wzrokowego, z wyjątkiem początkowego okresu zaniku pozapalnego, tudzież w chorobach spojówki.

Wreszcie i w Niemczech, gdzie leczenie wstrzykiwaniami sublimatu na razie bardzo niewielu znalazło zwolenników, dokonano w klinice Deutschmanna w Hamburgu niedawno spostrzeżeń na większą skalę, ogłoszonych w *Beiträge zur Augenheilkunde* (Zeszyt XV, ostatni), w dwóch pracach: Zorsenheim: *Ueber die subconjunctivalen Injectionen von sublimat* i Deutschmann: *Ueber Behandlung von akut infectiösen Processen des Auges durch subconjunctivale Sublimatinjectionen.* Praca Zorsenheima zawiera nadzwyczaj wiele spostrzeżeń; praca Deutschmanna stanowi niejako dodatek do niej. Otóż Zarsenheim stosował wstrzykiwania sublimatu: 1) w 19 przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. Przebieg choroby był bezwarunkowo o wiele krótszy; niektórzy chorzy wyzdrawiali już w ciągu czterech tygodni. Pomyślne wyniki otrzymywał również w przypadkach bardzo ciężkich i zadawnionych. W ogóle leczenie daje wyniki tem pomyślniejsze, im wcześniej stósuje się wstrzykiwania. Działanie nadto jest skutecznem nietylko w formach kiłowych, lecz i w tych, w których kiła bezwarunkowo żadnej nie odgrywała roli. 2) W 6 przypadkach *episcleritis*. Z tych wszakże pomyślne działanie zauważano w trzech przypadkach, w trzech zaś innych leczenie pozostało bez skutku. 3) W *iritis plastica specifica.* W 8 spostrzeganych przypadkach działanie następowało nadzwyczaj prędko, w ciągu niewielu dni, przy zadaniu nadto nadzwyczaj małej ilości rtęci. W 3 przypadkach nie stosowano wcale atropiny, mimo to jednak źrenice pozostały „okrągłe“. 4) W *iritis plastica.* Z 13 spostrzeganych przypadków w 5, prawdopodobnie nawet w 6, reumatyzm był powodem w 1, może w 2 *gonococcus*; pozostałe wywołane były najpewniej przez reumatyzm lub też przez kiłę. Ostatnie cierpienie nie zdaje się zresztą odgrywać większej roli, gdyż zarówno swoiste jak i nie swoiste formy ustępowały najdalej w ciągu trzech tygodni. W 2 przypadkach, w których były liczne przyczepiny tylne, również wcale nie stósowano atropiny a jednak mimo to otrzymano w bardzo krótkim czasie wyzdrowienie z „okrągłą źrenicą“. 5) W *iritis serosa*, z pomiędzy 7 spostrzeganych przypadków wyniki były zadowalniające, zwłaszcza w 3 przypadkach wyzdrowienie nastąpiło nadzwyczaj prędko. 6) W *chorioiditis* (*resp. iridochorioiditis*, lecz bez znacznych świeżych objawów ze strony tęczówki) środek stosowano aż w 29 przypadkach a jednak wyniki były stósunkowo najmniej pomyślne i o wnioski ogólne trudniej chyba było. W niektórych prostych przypadkach wstrzykiwania chybiały zarówno celu, jak i inne użyte środki lecznicze, w innych znów pomagały; wreszcie w jednym przypadku nie pomogły wcale, tymczasem arsen i jodek sodu zadane wewnątrz, sprowadziły prędkie polepszenie. Zawsze jednak Zorsenheim jest zdania, że w pewnych razach w cierpieniach naczyniówki, zwłaszcza pochodzenia kiłowego, wstrzykiwaniom podspojówkowym należy się pierwszeństwo przed innemi sposobami leczenia, w innych zaś przypadkach tych cierpień stanowić one mogą bardzo ważny środek pomocniczy, obok innych leków. 7) W zaniku nerwów wzrokowych Z. stosował wstrzykiwania w 100 przypadkach cierpienia, lecz sprawę zdaje tylko z 9, w których bądź na pewno była kiła, bądź można ją było podejrzywać. Wyniki, jak się zresztą tego z góry spodziewać należało, były niezadowalniające. To samo było w oderwaniu siatkówki.

Jakkolwiek autor przytacza dokładnie każdy przypadek z osobna, lecz skuteczność działania sublimatu w wielu razach mniej jest wyraźna z powodu, że równocześnie stósowano jeszcze inne sposoby leczenia. Nie biorąc w rachubę 9 przypadków zaniku nerwu wzrokowego, 3 przypadków domniemanej gruźlicy oka i wreszcie jednego przypadku zapalenia sympatycznego, w ogóle na 84 dokładnie opisanych przypadków, aż w 34 obok wstrzykiwań sublimatu stósowano równocześnie inne środki: leczenie swoiste w kile, salicylan sodu w reumatyzmie, arsen i t. d. Nie mówię tu już o przypadkach, w których początkowo używano innych sposobów leczenia i następnie dopiero stósowano wstrzykiwania, gdyż tu zmiany w przebiegu choroby zaszłe na wyraźności mniej już traciły. Przytoczę teraz niektóre własne spostrzeżenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Dla uzupełnienia koniecznej całości dodać muszę, iż w jamie ustnej i na skórze nie znaleziono więcej żadnych innych zmian. Na wardze jednak sromnej mniejszej prawej znachodziła się od trzech dni mała, ściśle ograniczona, o podstawie lekko nacieklej ekskoryacya a prócz niej nie było w całym narządzie płciowym żadnych zmian. Gruczoły barkowe i pachwinowe zupełnie prawidłowe. Aby do dalszego przebiegu tej zmiany już więcej nie powracać, zaznaczę już tutaj, że zmiana ta przy zwykłej czystości już w kilka dni potem zagoiła się.

W dniu 3. Lutego (61. dnia od czasu wystąpienia wrzodu) wrzód stwardniały na wardze ust górnej był już zagojonym, pozostawiwszy po sobie zwykłą wrzodom pierwotnym stwardniałość, wrzód zaś na języku położony nieokazywał żadnej poprawy. W dniu tym chora po raz pierwszy uskarżać się poczęła na bóle głowy, ze znaczniejszem ku wieczorowi nasileniem; obmacywanie głowy nie wykazało przedmiotowo żadnych zmian, chora okazywała cerę bledszą i większe osłabienie. Temperatura chorej, codziennie mierzona, była stale prawidłowa. Odżywienie niezmienione. Na skórze i błonach śluzowych zmian niema. Skoro

bóle głowy przy zastosowaniu zwykłych środków nie ustąpiły, polecono trzeciego dnia, wewnętrznie, jodek potasu. W tym dniu dostrzeżono na wewnętrznej stronie wargi wstydliwej mniejszej prawej nową ekskoryacyę, która wkrótce się zagoiła. Zmiana na języku okazywała znaczną poprawę. Pod wpływem jodku potasu bóle głowy w pięć dni ustąpiły. Dnia 12. Lutego, a zatem w miesiąc po wystąpieniu wrzodu stwardniałego na języku, był on zagojonym, pozostawiwszy po sobie niezmienioną stwardniałość; również stwardniałość na wardze górnej ust utrzymywała się bez zmiany. Na błonie śluzowej jamy ustnej niema żadnych zmian, również na skórze; po zmianach na wardze wstydliwej mniejszej prawej niema ani śladu. W dniu 8. Marca stwierdzono powiększenie się gruczołów karkowych a stwardniałości po wrzodach pierwotnych, tak na wardze ust górnej jak i na języku, lubo zmniejszone, zawsze jednak bardzo wyraźnie można było wyczuć. Odżywienie chorej poprawiło się widocznie. W 13 dni później (21. Marca) obie stwardniałości jeszcze były wyczuwalne; odtąd jednak u tępywały szybko a przypomnieć muszę, iż chora stosowała na wrzód wargi ust plaster rtęciowy, z wyjątkiem małych przerw w razie większego podrażnienia wrzodu pod plastrem; wrzód zaś na języku pozostawiono jego własnemu biegowi. Skoro do dnia 5. Kwietnia 1892. r. nie wystąpiły zmiany kiłowe, chorą ze znaczną poprawą ogólnego odżywienia wypuszczono z leczenia, czyniąc ją uważną na wystąpienie zmian ogólnych. W tym czasie po wrzodzie na wardze ust pozostała nieznaczna mięsistość; stwardniałość na języku zeszła bez śladu. Gruczoły karkowe ustąpiły a podszczękowe znacznie się zmniejszyły; inne zaś nie były powiększone. Na częściach płciowych nie było także żadnych zmian.

W dniu 19. Kwietnia tegoż roku (1892.) chora ponownie zgłosiła się do szpitala, tym razem jednak ze zmianami na częściach płciowych, ale tak nieznacznej wielkości, iż naturę ich trudno było oznaczyć. Badanie całego ciała nie wykazało żadnych świeżych zmian kiłowych; po wrzodzie stwardniałym na wardze ust wyczuć można było bardzo nieznaczną mięsistość z rozszerzonemi na jej powierzchni, nowo wytworzonemi naczyniami krwionośnemi; na języku po wrzodzie niema śladu. Gruczoły podszczękowe twardsze i większe, niż zazwyczaj. Pobyt chorej w szpitalu z powodu pojawienia się po menstruacyi liszaja płciowego (*herpes prog.*) na wardze większej lewej, przedłużył się do dnia 21. Maja 1892. a przez cały ten czas nie dostrzeżono u niej żadnych świeżych objawów kiłowych.

W dniu 17. Czerwca 1892. do l. prot. 1126. przyjęto chorą ponownie, tym razem już z wybitnymi objawami kiły następowej. Stan obecny chorej był: gruczoł karkowy prawy nieznacznie powiększony, gruczoły barkowe i pachwinowe niepowiększone, podszczękowe zaś lewe obok zbitszej niż w stanie prawidłowym konsystencyi okazują mierne powiększenie.

Na samym końcu języka znachodzą się obok siebie dwie kłykciny sączące, pod formą nieznacznie nacieklych ekskoryacyj, wypociną szarą pokrytych. Również na migdałku prawym i na łuku językowym lewym znachodzą się także kłykciny sączące.

Na klatce piersiowej po stronie lewej i na przedbarczu prawem, po wewnętrznej jego stronie, znachodzą się w gromadach ułożone, plamy obrączkowe kiłowe.

Na napletku łechtaczki znachodzi się także jedna kłykcina sącząca pod formą ekskoryacyi o naciekłej podstawie. Ekskoryacya ta kształtu okrągłego, wielkości sporego grochu, o powierzchni nieco wyniosłej, bez mała żadną wypociną niepokrytej, otoczona jest do koła szarą obwódką.

Odżywienie chorej było dostateczne, wejrzenie niedokrewne. Innych zboczeń w całym organizmie nie znaleziono. Chorą poddano ogólnemu leczeniu rtęciowemu, pod formą wstrzykiwań miąższowych z żółtego tlenku rtęci, i leczeniu miejscowemu zmian w jamie ustnej i na częściach płciowych.

W czasie leczenia wystąpiły były jeszcze nieznaczne nowe wykwity w jamie ustnej i na częściach płciowych, które jednak pod wpływem leczenia szybko ustąpiły. Wstrzykiwań na usunięcie zmian potrzeba było cztery a chora wolna od zmian opuściła szpital w dniu 14. Lipca 1892. r.

W obu przytoczonych przypadkach nie miałem najmniejszej wątpliwości, że świeżo w naszych oczach powstałe zmiany nie mogą być niczem innem, jak tylko wrzodami stwardniałymi. Ich charakterystyczne wejrzenie, w niczem nie różniące się od wrzodów, które obie chore okazywały w czasie przyjęcia, wybitna, ściśle ograniczona u ich podstawy stwardniałość nie pozwalały na pomięszanie ich z jakąkolwiek inną zmianą chorobową. Należało jednak, jak to już przy opisywaniu pierwszego z tych przypadków wspomniałem był, wytłómaczyć sobie zgodnie z nauką i doświadczeniem genezę obu tych, w przebiegu już istniejącego wrzodu świeżo powstających wrzodów.

Zdaniem mojem dwie tylko ewentualności są tutaj możebne:

1° że jeszcze w czasie okresu wylęgania się pierwszego wrzodu obie chore ponownie jadem syfilitycznym zakażone zostały i w miarę późniejszej, ponownej infekcyi, wystąpił później drugi wrzód stwardniały *(chancre successif* Francuzów);

2° że już istniejący wrzód stwardniały przeszczepił się dobrowolnie na tej samej osobie.

Szczególniej ta druga ewentualność ma pod względem teoretycznym i praktycznym z przyczyn, które poniżej wyłuszczę, ogromną doniosłość.

W pierwszym przypadku u chorej B. wystąpił drugi wrzód stwardniały w miesiąc (obliczając dokładnie: w 32. dniu pobytu chorej w szpitalu) po jej przyjęciu; jak długo przed przyjęciem chorej istniał już pierwszy wrzód, o tem nie można mieć dokładnego pojęcia, gdyż chora nie wiedząc nic o swojej chorobie, nie mogła nam tem samem podać żadnych wyjaśnień. Jeżeli jednak uwzględnimy wielkość wrzodu (pół centa), zajęcie wybitne i znaczne gruczołów pachwinowych, sądzę, że nie przesadzę, jeżeli czas trwania choroby ocenię, co najmniej, na dwa tygodnie przed zgłoszeniem się chorej do szpitala. Gdyby zatem chora zaszczepioną została powtórnie jadem syfilitycznym, nawet tuż przed pojawieniem się pierwszego wrzodu stwardniałego, to zmuszeni jesteśmy przyjąć czas wylęgania się drugiego wrzodu na dni 46.

U drugiej chorej P. wystąpił drugi wrzód stwardniały (na języku) w 39. dniu trwania choroby, t. j. wrzodu stwardniałego; gdybyśmy przyjęli ponowne zaszczepienie zarazkiem kiłowym także bezpośrednio przed pojawieniem się wrzodu

stwardniałego na wardze ust, byłby również długim jak w pierwszym przypadku!

Co do powstawania wrzodów pierwotnych dodatkowych (*chancres successifs*), zapiski nasze są dość skąpe, albowiem z łatwych do pojęcia powodów polegać jedynie możemy na szczepieniach umyślnie w tym celu wykonanych. Liczba tych szczepień jest bardzo mała a zawdzięczamy je Wallacowi (1835), Lindwurmowi (1861) i Puchemu (1862). Szczepienia Belhomma (1859) i Giberta (1859) nie wszystkie dały wynik dodatni. Zaznaczyć jednak należy, na co kładę wielki nacisk, że z doświadczeń tych wynika, iż odstępy czasu, które upłynęły między pojawieniem się wrzodów z osobna były krótkie a nawet w przypadku Puchego, który w odstępie 22 dniowym zaszczepił choremu ponownie wydzielinę wrzodu stwardniałego, oba wrzody wystąpiły współcześnie. Mniejszej donioslości są spostrzeżenia kliniczne Rolleta, dotyczące tego rodzaju powstawania wrzodów stwardniałych na sutku; prócz tego przytacza Jullien własny przypadek w r. 1877. obserwowany, który tyczy się mężczyzny utrzymującego przez cały miesiąc stosunki płciowe z kobietą syfilityczną. W 30 dni po pierwszem spółkowaniu wystąpił wrzód stwardniały na prąciu a w trzy tygodnie później drugi wrzód na brzuchu. Drugi wrzód był uporczywym w ustępowaniu; towarzyszyło mu zajęcie gruczołów chłonnych pod mięśniem piersiowym dużym.

Chociaż przypadek ten może być bardzo cennym przyczynkiem do wyjaśnienia sprawy roztrząsanej, przytaczam go jedynie tylko dla tego na tem miejscu, iż sam autor zalicza go do wrzodów dodatkowych; zdaniem mojem jednak nie daje on nam bezwzględnej pewności, że w przytoczonym przypadku zaszczepienie jadu kiłowego nastąpiło w okresie wylęgania wrzodu pierwotnego (*stadium incubationis primum*), bo uwzględniając zanadto długi odstęp czasu między pojawieniem się obu wrzodów, przypuścić raczej należy, iż mamy tu do czynienia z przeszczepieniem się wrzodu pierwotnego na samym chorym.

Według podania Julliena (l. c. pag. 556), Horand, który miał także spostrzegać dwa podobne przypadki, należy do zwolenników przeszczepialności wrzodu stwardniałego na samym chorym. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

L. Ollier: **Traite des resections.** 3 tomy. Paris. G. Masson. 1885—1891.

Dość wspomnieć, że wyszło z pod pióra Olliera dzieło o resekcyach stawów i kości, żeby zwrócić ogólną uwagę świata lekarskiego na tak ważne zdarzenie. To też bynajmniej nie potrzebuję zachwalać dzieła tego, ani wyliczać jego zalet, ale po najkrótszej wzmiance o treści trzech obszernych tomów — każdy chirurg i tak z nimi bliżej zapoznać się musi — zatrzymam się nieco dłużej nad temi sprawami, w których nie mogę zgodzić się z autorem.

Tom pierwszy zawiera część ogólną. Po przedmowie pełnej wzniosłych myśli, z których niechaj choć jedno zdanie przytoczę: *En chirurgie, comme dans toutes les branches des connaissances humaines où des doctrines contradictoires et parfois absolues se partagent l'opinion, il est difficile de garder une juste mesure* — następuje dokładny opis historyi i rozwoju wypiłowań stawów i kości. Zdarzeniem najdonioślejszem i sprawiającem pewien przewrot w historyi wypiłowań jest zaprowadzenie podokostnowego sposobu resekcyj a to właśnie jest największą zasługą Olliera, bo swojemi badaniami doświadczalnemi wykazał naprzód wartość i znaczenie okostny dla nowego tworzenia się kości a dalej pierwszy zastósował naukowe swe zdobycze teoretyczne do resekcyi stawów. Pierwszeństwo to Olliera przed Langenbeckiem, któremu je Niemcy zwykle przypisują, nie ulega wątpliwości a Langenbeckowi pozostaje tylko zasługa wprowadzenia tego sposobu w Niemczech i wydoskonalenie go własnymi pomysłami niezależnie od Olliera — i to wielka chwała.

W dalszym ciągu tomu pierwszego znajdujemy opisany sposób wykonywania, wskazania i wyniki wypiłowań wogóle. Tutaj też jest mowa o sposobach opatrywania, o leczeniu następowem, o wytwarzaniu się na nowo wypiłowanych końców stawowych a wszystko to jest oparte na wielu doświadczeniach na zwierzętach, na spostrzeżeniach klinicznych i badaniu pośmiertnem. Rozumie się, że wszędzie znajdujemy uwzględnione rozmaite przyczyny wskazujące wypiłowania a mianowicie rany postrzałowe i chirurgią polową wogóle.

Tom drugi zawiera wypiłowania stawów i kości, wykonywane na górnych kończynach. Prócz dawniejszych i nowszych sposobów innych autorów znajdujemy dokładniej opisane sposoby samego Olliera. Przy stawie barkowym i łokciowym i ja w klinice naszej już od kilku lat daję sposobom Olliera pierwszeństwo przed Langenbecka, bo się przekonałem, że dają lepszy przystęp do stawu i lepsze wyniki funkcyonalne. Staw nadgarstkowy operujemy zawsze sposobem Langenbecka, który się prawie wcale nie różni od Ollierowskiego. Wszędzie znajdujemy leczenie następowe jak najdokładniej opisane a wyniki na liczuych przypadkach wykazane.

Z zadowoleniem wielkiem stwierdzamy, że wyniki te są wyborne i niezwykłe — jak Ollier sądzi, dzięki podokostnowemu operowaniu, mnie zaś się zdaje dzięki wytrwałemu i umiejętnie przeprowadzonemu leczeniu następowemu; do tej kwestyi powrócę na końcu.

Tom trzeci obejmuje wypiłowania dokonane na kończynach dolnych, głowie i tułowiu. Tom to najgrubszy, bo aż 1032 stronnic zawierający. I tutaj znajdujemy opisy sposobów operowania, wskazania i wyniki przeplatane wszędzie to ciekawymi opisami chorób, to nie mniej ciekawymi opisami preparatów; znaczna liczba rycin uwydatnia wyniki po operacyi. Rozumie się, że nie możemy choćby w największem skróceniu podać treści.

Zwracamy tylko uwagę, że co do kwestyi leczenia gruźlicy stawów, która obecnie tak żywo zajmuje umysły chirurgów, Ollier stara się *de garder une juste mesure* — i tutaj po większej części z nim się zgadzam; dokładniej swoje stanowisko skreśliłem w obszernej pracy, która niebawem się ukaże.

W końcu zwracam się do punktu, w którym żadną miarą z Ollierem zgodzić się nie mogę. Ollier, jako wynalazca sposobu podokostnowego wszędzie i zawsze na niego kładzie nacisk, nawet przy wypiłowaniach w gruźlicy stawów zalecając zawsze na pierwszem miejscu utrzymanie torebki stawowej z okostną końców stawowych w nieprzerwanej ciągłości. Ja muszę ostrzedz przed takiem postępowaniem: w gruźlicy winniśmy przeciwnie przedewszystkiem starać się o jaknajdokładniejsze wycięcie tkanki chorobowo zmienionej bez względu na zachowanie ciągłości torebki. Zdaje mi się, że tak, jak w naszej klinice, postępują obecnie prawie wszędzie.

Mylnem jest też zdanie Olliera, że wyborne swoje wyniki zawdzięcza podokostnowemu sposobowi operowania. Mnie się zdaje, że te wyniki osiąga on tylko dzięki swojemu leczeniu następowemu, które nader troskliwie i umiejętnie przeprowadza. Dodajmy do tego, że jest on w tem miłem położeniu, że może swoich chorych przez długie miesiące zatrzymywać w opiece i rzeczywiście ich zatrzymuje a nie będziemy się dziwili świetnym jego wynikom.

Olliera książka to skarbiec nauki i doświadczenia!

Prof. Rydygier.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

I.

Choroby sromu.

Haematoma vulvae	1
Prolapsus urethrae	1
Ruptura perinei completa	2
Ruptura perinei incompleta	2
Razem	6

1) *Haematomo vulvae.* K. Z., l. 28, zamężna z Krakowa. Rozpoznanie: *Haematoma vulvae post trauma.* Leczenie: *Incisio-drainage.* Wywiady: Dnia 12. Marca b. r. podczas sprzeczki została silnie kopnięta przez męża w okolicę sromu. Doznawszy przy tem bardzo silnego bólu, upadła na ziemię, zkąd się już o własnych siłach podnieść nie mogła. Wkrótce potem zauważyła guz w okolicy sromu, który przez jakiś czas powiększał się coraz bardziej.

Na drugi dzień rano wystąpiło z guza tego dosyć obfite krwawienie i w tym czasie chorą przywieziono do kliniki. Zresztą osoba ta podaje, że rodziła przed 6-ma laty prawidłowo. Miesiączkowała i miesiączkuje zawsze prawidłowo. Ostatnia regularność odbyła się z końcem Lutego. Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, miernie zbudowana i odżywiona. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. W okolicy wargi sromnej większej i mniejszej prawej znajduje się guz wielkości prawie głowy noworodka tak, że obie wargi, mniejsza i większa, zostały zużyte na pokrycie guza a granica między nimi zaznaczona jest tylko jaśniejszą smugą podłużną. W górnej części tumoru widać obrzękłe rozgałęzienia (*frenulum et praeputium clitoridis*) wargi mniejszej. Skóra pokrywająca tumor jest bardzo silnie napięta, połyskująca, przeważnie ciemnosinawo ubarwiona. Na wewnętrznej stronie tumoru, w dolnej trzeciej jego części, znajduje się otwór wielkości centa o brzegach strzępiastych, zatkany skrzepami krwi. Całe międzykrocze i dolna część wargi sromnej większej lewej są obrzmiałe i ciemno sino zabarwione. Palcem do pochwy z trudnością wprowadzonym można się przekonać, że boczna prawa strona pochwy jest w dwóch trzecich częściach dolnych znacznie wypuklona.

W pierwszym dniu postanowiono przeprowadzić leczenie wyczekujące, stosując okłady z octanu glinowego. Kiedy jednak na drugi dzień wystąpiły objawy nekrozy na skórze guz pokrywającej w miejscu odpowiadającem dolnej części wargi mniejszej, postanowiono guz naciąć, wydalić wszystkie skrzepy i drenować pozostałą jamę. W tym celu po bardzo dokładnem oczyszczeniu całego guza poprowadzono cięcie na kilka centymetrów długie w przedłużeniu powyżej opisanego otworu, przez pęknięcie ściany guza powstałego i dwoma palcami wydobyto wielką ilość skrzepów. Krwawienia przytem nie było. Następnie wystrzykano jamę, przez wyjęcie skrzepów powstałą 3% kwasem karbolowym, wytamponowano ją gazą jodoformową i założono opatrunek uciskający w postaci litery T.

Dalszy przebieg był całkiem pomyślny. Chora nie zagorączkowała ani razu a jama, którą codzień wystrzykiwano 3% kwasem karbolowym, zmniejszała się bardzo szybko. Pomimo jednak tego $1/3$ część dolna wargi mniejszej uległa nekrozie. Część nekrotyczna wkrótce się oddzieliła a gojenie postępowało szybko tak, że chora dnia 31. Marca opuściła klinikę z nieco krótszą wargą sromną mniejszą lewą.

Przypadek powyższy krwiaka sromu należy zaliczyć do bardzo rzadkich ze względu na znaczne rozmiary. Krwiaki poporodowe dochodzą nierzadko tej wielkości a nawet mogą ją przekraczać, co da się łatwo wytłómaczyć silnem przekrwieniem i bardzo znacznem rozpulchnieniem tkanek w okolicy sromu z końcem ciąży; natomiast krwiaki powstałe poza okresem płodzenia, rzadko przekraczają wielkość pięści (Pozzi, Bylicki) i tylko wyjątkowo mogą dojść do tych rozmiarów, co w naszym przypadku.

Przyczyny krwiaka sromu poza porodem mogą być rozmaite i pod tym względem jest ogłoszonych kilka ciekawych przypadków.

Himmelfarb[1]) opisuje przypadek krwiaka sromu powstałego w skutek ukąszenia w dolną trzecią część wargi większej lewej przez kochanka po spółkowaniu. Obrzęk dochodził tu wielkości pięści. Gempe[2]) obserwował przypadek krwiaka sromu u posługaczki 20-letniej powstałego w skutek przenoszenia ciężko chorych. Lawson-Tait cytuje jako przyczynę krwiaka pierwsze spółkowanie. Podobny przypadek opisuje Ehrendorfer[3]), gdzie u kobiety, będącej w 5-tym miesiącu ciąży, powstał krwiak w prawej wardze sromnej większej w następstwie gwałtownego spółkowania. Obok tych wyjątkowych przyczyn najczęściej krwiak sromu powstaje w skutek silnego urazu w okolicy sromu.

Krwiaki, nie przekraczające wielkości pięści, zwykle nie sprowadzają żadnych złych skutków i zwykle bez wszelkiego leczenia ustępują po pewnym czasie. Przy większych w skutek znacznego napięcia skóry może przyjść do nekrozy, przebicia i do znacznego, ba nawet śmiertelnego krwotoku, jak to było w przypadku ogłoszonym przez Rossowa[4]). Dlatego też większe krwiaki należy wcześnie naciąć, jamę opróżnić i traktować antyseptycznie. W razie krwotoku tamponada silna zwykle wystarcza, aby go powstrzymać; gdyby to nie wystarczało, należy przystąpić do okłucia krwawiącego miejsca, jak to podaje Święcicki.

2) *Prolapsus urethrae.* L 116. J. S., lat 12, Izraelitka z Czerwonego Prądnika. Rozpoznanie: *Prolapsus urethrae.* Leczenie: *Excisio partis prolabentis et sutura.* Wywiady: Chora zgłosiła się do kliniki dnia 17. Maja b. r. i podaje, że przed dwoma tygodniami siadając po męzku na obręcz wózka, uderzyła się w okolicę sromu, przyczem doznała tak silnego bólu, że musiała się na jakiś czas położyć i wkrótce potem zauważyła, że z szpary sromowej wypływa krew. Od tego czasu doznaje mocnych bólów przy oddawaniu moczu.

Stan obecny: Po rozstawieniu warg sromnych większych i mniejszych (w narkozie chloroformowej), napotyka się na 1 cm. poniżej łechtaczki wyniosłość obrączkowatą, mocno zaczerwienioną, na szczycie pokrytą czarnymi skrzepami krwi, rozciągającą się prawie aż do wędzidełka. W środek tej wyniosłości daje się wprowadzić kateter, przez który odpływa mocz czysty. Ku dołowi pomiędzy wałem a wędzidełkiem znajduje się szparka, przez którą można wprowadzić sondę do pochwy. Wał ten jest dość twardy.

Leczenie: Zalecono spokój i okłady z płynu Burrowa. W kilka dni oddzieliły się skrzepy krwi a wtedy zalecono kąpiele nasiadowe. Kiedy po dwu tygodniach od czasu badania wyniosłość ta nie zmniejszyła się wcale, wykonano dnia 8. Czerwca zabieg operacyjny. Nożyczkami przedzielono bocznie guzek na dwie części, górną i dolną, poczem odcięto górną półkolistą część u podstawy i powierzchnię krwawiącą przekroju zeszyto w ten sposób, że połączono trzema szwami jedwabnymi, węzełkowymi przeciętą błonę śluzową cewki z przeciętą błoną śluzową przedsionka. Następnie wykonano to samo od dołu, gdzie założono cztery szwy. Po zeszyciu założono do cewki bez trudności kateter, za pomocą którego odprowadzano mocz przez pierwsze dni po operacyi.

W 7 dni po operacyi wyjęto szew; rana była zgojona *per primam.* Chora od tego czasu nie doznawała już żadnych dolegliwości.

[1]) Centralblatt f. Gynäkologie 1888. Ng.
[2]) F. Winckel: Lehrb. der Frauenkrankheiten 1886. s. 59.
[3]) Archiv f. Gynäkologie 1889. Z. XXXIV. s. 161.
[4]) Centralblatt f. Gynäkologie 1879. s. 173.

Cierpienie to uważane było za bardzo rzadkie dlatego, że wzmianki o przypadkach rozrzucone były w literaturze całego świata. Dopiero Kleinwachter [5]) zebrał te przypadki w liczbie 70 kilku. Po nim ogłosił Bagot [6]) trzy przypadki, Roseberry [7]) a w ostatnich czasach Graefe [8]), Tritschler [9]) i Eager [10]) po jednym, nadto Hofmeier [11]) przypadek swój i Schrödera.

W 46 przypadkach podany jest wiek i tak w 26 przypadkach, t. j. w 60% niżej lat 15, 8 w sile wieku, 12 po latach przejściowych. Przeważają więc, jak widzimy, dzieci, które, jak statystyka wykazuje, bywają zwykle słabe i skrofuliczne.

Jako bezpośrednią przyczynę podają działanie tłoczni brzusznej, n. p. kaszel kokluszowy, parcie na stolec i t. d. U nas nie można wykazać tej przyczyny. 21 razy operowano w sposób zupełnie podobny do naszego; nasza operacya jest 22-ga. Myśl podobnej operacyi, jakiej użyliśmy, nasuwa się sama przez się. Jest ona technicznie bardzo łatwa a czysto wykonana nie naraża operowanej na żadne niebezpieczeństwa. Podwiązanie wypadłej błony śluzowej na cewniku i czekanie aż sama opadnie, jest, jak się słusznie wyraża Kleinwachter, sposobem niechirurgicznym i stwarza bliznę skłonną niewątpliwie do zwężenia ujścia cewki. Również bardzo pomysłowa i skomplikowana operacya Emmeta [12]), polegająca na rozcięciu przedniej ściany pochwy w linii środkowej, wciągnięciu przez tę ranę do pochwy wypadłej przez ujście cewki błony śluzowej i odcięciu jej, operacya, jak widzimy, narażająca chorą na powstanie przetoki cewkowej, nie nadawała się do naszego przypadku.

Być może, że w przypadkach nieco od naszego odmiennych a przez Kleinwachtera jako *inversio mucosae cum prolapsu* opisanych, jak niemniej w przypadkach *urethrocele vaginalis*, zabieg ten oddaje bardzo dobre usługi, podobnie jak modyfikacya tej operacyi Kleinwachtera, ale stósować go tam, gdzie do celu dojść można krótszą, łatwiejszą i pewniejszą drogą, byłoby niewłaściwem. Również odcięcie wypadłej błony śluzowej termokauterem lub galwanokauterem, które wykonano dotąd 5 razy, musimy uważać za sposób gorszy od noża i szwu ze względu na duże blizny, jakie pozostają po tego rodzaju zabiegach.

Historyi choroby przypadków pęknięcia międzykrocza nie podajemy, jako mało zajmujących; uwagi zaś co do ich leczenia operacyjnego pomieścimy poniżej, mówiąc o kolporafiach. (Ciąg dalszy nastąpi).

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Zanim przystąpimy do prac z patologii otrzewny, przytoczę w krótkości ważniejsze dane, dotyczące własności fizyologicznych tej błony oraz zmiany, jakim własności te podlegają w stósunkach patologicznych.

Jedną z najważniejszych własności otrzewny jest jej zdolność wchłaniania. Wchłanianiu podlegają wprowadzone do jamy brzusznej ciała stałe, ciekłe i lotne. Ciała stałe zostają wchłaniane w całości tylko wówczas, gdy wielkość ich nie przekracza pewnych granic, odpowiadających mniej więcej wielkości otworów naczyń limfatycznych, znajdujących się na brzusznej powierzchni przepony. Gdy wielkość ciał stałych przekracza te granice, mogą one być wchłonięte całkowicie lub częściowo stosownie do ich rozpuszczalności w danem otoczeniu. Mechanizm wchłaniania z jamy brzusznej ciał stałych, nierozpuszczalnych z jednej strony, z drugiej zaś ciał ciekłych lub rozpuszczalnych oraz lotnych jest odmiennym. Ciała pierwszej kategoryi zostają wsysane z jamy brzusznej przeważnie drogą naczyń limfatycznych, z których przechodzą później do krwi; ciała zaś drugiej kategoryi przesiąkają wprost do krwi (*dyfuzya* i *osmoza* oraz filtracya) a nadto zostają także wchłaniane tą drogą, co i ciała kategoryi pierwszej. Jeszcze w r. 1863 Recklinghausen [7]) wykazał w swej klasycznej pracy, że istnieje bezpośrednia komunikacya między jamą brzuszną a naczyniami limfatycznemi powierzchownie przebiegającemi w środku ścięgnistym przepony po stronie brzusznej w postaci otworów między komórkami śródbłonkowemi, mniej więcej dwa razy większych od czerwonego ciałka krwi. Wprowadzając do jamy brzusznej królików mleko, cukier, błękit kobaltowy, tusz, żółtko z wodą, cynober, oliwę oraz odwłókniona krew bydlęcą wykazał ten badacz, że wchłanianie ciał, wprowadzonych do jamy otrzewnej w zawiesinie, odbywa się tą drogą; nadto wykazał on, że ciepłota otoczenia, odcięcie od narządu krążenia, zniesienie mechanicznego działania narządu oddechowego oraz nawet zupełne obumarcie tkanek nie wywierały żadnego wpływu na sprawę wsysania; jedynie wywierał na nią wpływ ruch wsysanej cieczy a mianowicie przyspieszał on wchłanianie cieczy drogą naczyń limfatycznych. Nie jest to jednak jedyna droga, którą ciała nierozpuszczalne dostają się do krwi. Każda prawidłowa jama brzuszna zawiera niewielką ilość płynu surowiczego, u królika najmniej 0,5 cm³), w którym znajdują się ciałka czerwone krwi oraz ciałka limfatyczne) Ranvier [8]). Te ostatnie, które z jednej strony przechodzą stale do jamy brzusznej, z drugiej zaś stale zostają wchłaniane, a posiadając własności fagocytów, służą jako przenośniki drobnych ciałek nierozpuszczalnych, wprowadzonych do jamy brzusznej (Ranvier [9])). Trudno jednakowoż zgodzić się na twierdzenie Cassaeta [10]), według którego ciała stałe wogóle z jamy brzusznej jedynie drogą fagocytozy mają być wsysane. Według Notkina [11]) ciała koloidalne oraz ciałka krwi zostają wsysane drogą naczyń limfatycznych, ciała zaś rozpuszczalne przechodzą z jamy brzusznej wprost do krwi. Beck [12]), który badał czas, w jakim ciała nierozpuszczalne, wprowadzone do jamy otrzewny, zostają wsysane przez ustrój, doszedł do wniosku, że resorpcya tych ciał następuje wyłącznie przez naczynia limfatyczne oraz że sprawa ta odbywa się bardzo powoli.

Jedna z najlepszych prac, tyczących się fizyologii jamy brzusznej, jest stanowczo praca Wegnera [13]), datująca się jeszcze z r. 1876. Znajdujemy w niej zupełne potwierdzenie wyników Recklinghausena co do resorpcyi z jamy brzusznej ciał stałych a nadto dokładne zbadanie wchłaniania ciał rozpuszczalnych pod względem ilościowym. Wegner wstrzykiwał do jamy brzusznej królików wodę, 1% roztwór soli kuchennej, sztuczną surowicę, roztwory soli obojętnych, klej; z licznych doświadczeń wypadło, że otrzewna królika wchłania wstrzyknięty płyn w ciągu godziny w ilości 3—8% wagi ciała danego zwierzęcia czyli zwierzę

[5]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynak. 1891. XXII. 40.
[6]) Centralblatt f. Gyn. 1891 XV. s. 820.
[7]) Frommel: Jahresbuch 1891. s. 831.
[8]) Graefe: Centralblatt f. Gyn. 1892. s. 766.
[9]) Tritschler: Inaug. Diss. Tübingen 1891.
[10]) Eager. Trommel: Jahresbuch 1892. s. 688.
[11]) Hofmeier: Grundriss der gyn. Operationen, 1892. s. 85—86.
[12]) Emmet: Principien u. Praxis der Gynak. 1881. s. 487 i nast.

[7]) v. Recklinghausen. Zur Fettresorption. Virch. Arch. T. XXVI. p. 172. 1863.
[8]) Ranvier. De l'origine des cellules du pus et du rôle de ces elements dans les tissus enflammés. Comp. rend. T. CXII. Nr. 17. 1891.
[9]) Ranvier: Sur les éléments anatomiques de la sérosite peritonéale. Comptes rendus T. CX. 1890. Nr. 15. p. 768—772.
[10]) Cassaet. Arch. de med. exp. et d'anat. pathol. (cyt. wedł. 11).
[11]) Notkin: Vorläufige Mittheilung über Experimente zur Lehre vom Ascites. Wien. klin. Woch. 1888. Nr. 34.
[12]) Beck: O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych. *Przegląd lek.* 1893 Nr. 36—39.
[13]) Wegner: Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhoehle, mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Langenbecks Arch. T. XX. zesz. 1. p. 51. 1876.

wchłania ilość płynu, odpowiadająca całkowitej wadze jego ciała w ciągu 3—11 godzin. Ilość wchłoniętego płynu zależy od ilości płynu wstrzykniętego: im więcej płynu do jamy brzusznej wprowadzono, tem silniejszą była jego resorpcya. Chloral, alkohol, sinek rtęci i inne trucizny zostają wchłaniane z otrzewny mniej więcej w ciągu takiego samego czasu, co i ze krwi. Ta ogromna szybkość resorpcyi płynów z jamy brzusznej staje się jednak zupełnie zrozumiałą, jeśli sobie uprzytomnimy powierzchnię, jaką posiada błona otrzewna: powierzchnia ta prawie równa się powierzchni ciała, która u człowieka wynosi około 18000 cm². Według Wegnera ruch robaczkowy jelit wpływa korzystnie na resorpcyę; zmniejszenie tego ruchu, zwłaszcza zaś porażenie jelita, zboczenia w krążeniu, nagłe zmniejszenie się parcia w jamie brzusznej oraz słabe ruchy oddechowe, jak to bywa np. po narkozie chloroformowej, wpływają na sprawę resorpcyi niekorzystnie. Stosunkowo wolno zostaje wchłoniętem powietrze, wprowadzone do jamy brzusznej: po wydęciu jamy brzusznej królika powietrzem wprawdzie już na drugi dzień brzuch był miękki, lecz obwód brzucha powracał do normy dopiero na 3-ci dzień a przy sekcyi zwierząt, w tym czasie dokonywanej, znajdywał Wegner jeszcze resztki powietrza w jamie brzusznej. Z tego wynika, że sprawa wchłaniania z jamy brzusznej nie odbywa się jednostajnie, a że w początkowych okresach zostaje wsysanem więcej, aniżeli w okresach późniejszych. W doświadczeniach z wprowadzaniem powietrza do jamy brzusznej należy uwzględnić wysokie parcie, które początkowo wspiera resorpcyę a które z biegiem czasu obniża się stopniowo. Głównie zaś wchodzi tu w grę wrażliwość samej błony otrzewny, która to sprawia, że w pierwszych okresach wchłaniania sprawa ta postępuje znacznie szybciej, aniżeli w okresach późniejszych. Delbet[14]) doszedł do wniosku, że otrzewna wchłania płyny wogóle tylko w ciągu pierwszych 20—30 minut tak, że po półgodzinnem płukaniu, np. roztworem soli można wstrzyknąć do jamy brzusznej zwierzęcia nawet strychninę bez wywołania doraźnych następstw tego zabiegu. Na tej samej zasadzie proponuje Treves[15]) w przypadkach zapalenia otrzewny płukać jamę brzuszną przez pewien czas roztworem soli kuchennej a dopiero potem sublimatem.

Z pracy Dubara i Remyego[16]) wynika, że na wessanie 100 grm. roztworu białka kurzego 1:6 — 12 potrzebuje otrzewna królika 21 — 36 godzin. Pod względem szybkości wsysania zachowuje się jednak otrzewna rozmaitych zwierząt rozmaicie, jak to wykazał Fubini[17]) w doświadczeniach nad wsysaniem amigdaliny i emulsyny z jamy brzusznej; gdy otrzewna myszy wsysała pewną ilość tych ciał w ciągu 4—6 godzin, otrzewna żaby wchłaniała odpowiednie ich ilości w ciągu 32 godzin.

W każdym razie siła resorpcyjna błony otrzewny jest bardzo znaczna, o wiele znaczniejsza od siły resorpcyjnej innych błon surowiczych, np. opłucny (Grawitz[18]).

Własności resorpcyjne otrzewny zapalonej nie są tak dokładnie zbadane, jak własności resorpcyjne tej błony w stanie prawidłowym, występuje tu bowiem szereg wpływów, działających równocześnie w sposób rozmaity, co oczywiście musi zaciemniać odnośne wyniki doświadczalne. Wpływy te są nam jednak już do pewnego stopnia znane i na tej zasadzie możemy sobie stworzyć obraz resorpcyi w zapaleniu otrzewny, odpowiadający w przybliżeniu rzeczywistości. Ciała stałe, które tu głównie wchodzą w grę, stanowią przedewszystkiem drobnoustroje oraz w przypadkach pęknięcia jelita stałe cząsteczki treści jelita. Nie ulega wątpliwości, że bakterye zostają wchłaniane drogą naczyń limfatycznych, których otwory znajdują się na brzusznej powierzchni środka ścięgnistego przepony. Okoliczność tę niejednokrotnie stwierdziło wielu badaczy. Ten sposób resorpcyi nie odbywa się jednak przez cały czas trwania choroby: według Notkina[19]) w zapaleniu otrzewny bujający śródbłonek zatyka otwory naczyń limfatycznych. Reichel[20]) sądzi, że zatkanie luk limfatycznych na brzusznej powierzchni środka ścięgnistego przepony zachodzi głównie w ropnem zapaleniu otrzewnej; w tej formie zapalenia otrzewny zatkanie otworów Recklinghausena byłoby więc wywołane nie przez bujanie komórek śródbłonkowych, lecz przez nagromadzenie się w naczyniach limfatycznych przepony ciałek ropnych oraz ich szczątków. A. Fraenkel[21]) zwraca również uwagę na tę okoliczność, że w zapaleniu otrzewnej przez zatkane luki limfatyczne bakterye z jamy brzuszny wchłonięte być nie mogą. Widzimy więc, że wchłanianie bakteryj drogą naczyń limfatycznych odbywa się w zapaleniu otrzewny tylko w początkowych okresach choroby. Gdy zatkają się luki Recklinghausena, gdy się wytworzą na powierzchni otrzewny złogi włóknikowe, które również utrudniają sprawę resorpcyi, musi ustać wchłanianie bakteryj drogą naczyń limfatycznych. Utrudnienie wchłaniania a nawet zupełne ustanie sprawy resorpcyi tą drogą w późniejszych okresach zapalenia otrzewny dotyczy oczywiście nietylko samych bakteryj, lecz tembardziej ciałek białych, zawierających bakterye (być może już unieszkodliwione) ciałek czerwonych krwi oraz drobinek stałych, przechodzących z treści jelita a przesiąkłych ciałami toksycznemi.

Rechlinghausen[22]) wprawdzie dostrzegł, że przy wchłanianiu kulek tłuszczowych drogą naczyń limfatycznych czasami sprawa ta postępuje szybciej w zapaleniu otrzewny, aniżeli w stanie prawidłowym tej błony; nie obserwował on jednak tego powiększenia się siły resorpcyjnej otrzewny stale a nie występowało ono zupełnie przy wchłanianiu ciał stałych, jakoto tuszu, cynobru itp. Jestto jedyne spostrzeżenie, przemawiające za tem, że w zapaleniu błony otrzewny resorpcya drogą naczyń limfatycznych może się powiększyć. Na zasadzie powyżej przytoczonych danych możemy jednak twierdzić śmiało, że takie wzmożenie się resorpcyi jest możliwem jedynie w początkowych okresach zapalenia otrzewny. Co się tyczy ciał płynnych i lotnych — wchłanianie ich już w prawidłowych stosunkach staje się w miarę postępu czasu coraz to słabszem wskutek pewnych zmian zachodzących w błonie otrzewny, które sprowadzają niejako zobojętnienie, czy wyczerpanie tej błony pod względem resorpcyjnym. W stosunkach patologicznych, prócz złogów włóknikowych wchodzą tu w grę jeszcze i inne poważne czynniki, upośledzające wchłanianie z jamy brzusznej; czynniki te stanowią według Wegnera[23]) zboczenia w krążeniu w otrzewnej oraz zmniejszenie ruchu w jamie brzusznej, tem bardziej więc porażenie jelita. Jeśli podczas zapalenia otrzewny występuje wzdęcie brzucha, sprawa wchłaniania wzmaga się dopóty, dopóki parcie w jamie brzusznej jest podniesione. Jak wiadomo, wzdęcie takie zazwyczaj długo się nie utrzymuje, wpływ jego na wchłanianie może więc być tylko przejściowym. Z powyżej przytoczonych danych wynika, że w zapaleniu otrzewny wchłanianie wszystkich ciał,

[14]) Delbet: Contribution au lavage du peritoine Gaz. des hôpitaux: 1889. Nr. 69. Ref. w Virch. Hirsch. J. B. 1889. II. p. 514.

[15]) Treves: Ueber Peritonitis, ihre Symptome und Therapie. Medical Society London. Lettsomian lectures. Ref. w Münch. med. Woch. 1894. Nr. 15, p. 299.

[16]) Dubar et Remy. Sur l'absorption par le peritoine. Journal de l'Anat. et de la Physiol. T. XVIII p. 60 i 342.
Ref. w Virch. Hirsch J. B. 1882. I p. 190.

[17]) Fubini: Velocità bi assorbimento della cavita peritoneale. Osservazioni fatte coll'amygdalina e coll'emulsina. Arch. per le scienze med. T. XV Nr. 10 p. 149.
Resorptionsgeschwindigkeit der Peritonealhoehle. Molesch. Unter. z. Naturl. d. Mensch. u. d. Thiere. T. XIV. 5. p. 522.
Ref. w Virch. Hirsch, J. B. 1891, I, p. 202.

[18]) Grawitz: Beitraege zur Theorie der Eiterung. Virch. Arch. T. CXVI p. 110. 1889.

[19]) Notkin l. c.
[20]) Reichel l. c.
[21]) Fraenkel A. Ueber peritoneale Infection. Wiener klin. Woch. 1891. Nr. 13—15.
[22]) Rechlinghausen l. c.
[23]) Wagner l. c.

wogóle znajdujących się w jamie brzusznej, zachowuje się inaczej w początkowych okresach tego cierpienia, inaczej zaś w okresach późniejszych. (Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

A. Bohdanowicz: **Przyczynek do patologii mięśnia pęcherzowego.**

W pracy tej, poświęconej Guyonowi i wykonanej w jego klinice, wziął sobie autor za zadanie zbadanie drobnowidowe zmian patologicznych mięśnia pęcherzowego, które tak często się zdarzają w rozlicznych cierpieniach tego narządu.

Przypominając stosunki prawidłowe, wylicza B. trzy warstwy mięśnia pęcherzowego: zewnętrzną z przebiegiem włókien podłużnym, środkową z poprzecznym i wewnętrzną z włóknami siatkowato ułożonemi *(la couche pleriforme)*. Ostatniej przypisuje jako zadanie główne, odpowiednie ułożenie błony śluzowej po wypróżnieniu pęcherza *(le plissement uniforme de cette muqueuse)*.

W dalszym ciągu zastanawia się nad wytworzeniem zagłębienia dna pęcherzowego poza trójkątem Lieutauda i tłómaczy to nieustannem ciążeniem zbierającego się moczu; sam trójkąt zaś jest oporniejszy, dzięki silniejszemu pokładowi mięśni, wzmocnionych włóknami, pochodzącemi od moczowodów, a nie — jak Charpy chciał — od zwieracza *(sphincter)*.

Po zaznaczeniu, że w późniejszym wieku nastają pewne zmiany w mięśniu pęcherza, któreby można nazwać prawie fizyologicznemi, przechodzi autor do rzeczywistych zmian patologicznych. Zwraca uwagę, że pierwotne takie zmiany są nadzwyczaj rzadkie, chociaż się zdarzają, a do nich zalicza: a) zwyrodnienie mięśnia pod wpływem ogólnej miażdżycy naczyń *(l'atherome généralisé)*, b) pod wpływem obrażeń układu nerwowego centralnego lub obwodowego.

Daleko częstszemi bywają zmiany następowe:

a) Przerost i zwyrodnienie mięśnia pęcherzowego wskutek utrudnionego oddawania moczu.

b) Zapalenie przechodzące na mięsień w zapaleniu błony śluzowej pęcherza przewlekłem.

Zmiany te mięśnia pęcherzowego badał B. mikroskopowo na więcej, niż 36 przypadkach kliniki Guyon'a, z których 27 bliżej opisuje. Nie miał on tylko sposobności zbadania zmian w mięśniu pęcherzowym, jakie występują w porażeniu pęcherza po obrażeniu rdzenia pacierzowego i — jak mu się zdaje — niema dotychczas wcale takich badań drobnowidowych.

Na szczególniejszą uwagę zasługują badania B. co do wpływu ogólnej miażdżycy naczyń na zwyrodnienie mięśnia pęcherzowego i stosunku do przerostu gruczołu krokowego *(prostata)*. Jak wiadomo, Francuzi pierwsi na to zwrócili uwagę a mianowicie Launois. Sprawa ta bardzo jest ważną dla chirurgów ze względu na operacye w przeroście gruczołu krokowego. Gdyby bowiem nie przerost sam przeszkadzał wydalaniu moczu, a przeciwnie w każdym przypadku zachodziły znaczne zmiany mięśnia pęcherzowego w postaci zwyrodnienia wskutek miażdżycy naczyń, w takim razie usunięcie przerosłych płatów gruczołu krokowego nie miałoby celu. Badania Bohdanowicza wykazują dowodnie, że jakkolwiek miażdżyca naczyń i zmiany ztąd pochodzące nie są bez wpływu na mięsień pęcherzowy, jednak nie znajdują się w każdym przypadku przerostu gruczołu krokowego w późniejszym wieku, ani nawet w przeważnej ich liczbie. To się też zgadza z doświadczeniem chirurgów po tych operacyach nabytem: nieraz miały one pożądany skutek, w innych razach wycięcie płata przerosłego pozostało bez skutku na oddawanie moczu; tutaj przypuścić należało jako jedną z przyczyn takie zmiany miażdżycowe w naczyniach i zwyrodnienie mięśnia. Badania te B. zgadzają się zupełnie z wynikami Kaspra; Launois przecenił częstość i doniosłość zmian miażdżycowych w naczyniach.

Pracę swą kończy Bohdanowicz następującymi wnioskami:

1. Nadmierna praca mięśnia pęcherza wywołuje zawsze przerost mięśnia i przerost ten w większości przypadków zdaje się, że jest przyczyną ogólnych objawów ze strony pęcherza, niezależnie od wywołującej go przyczyny.

2. Częstem następstwem przerostu mięśnia bywa zwyrodnienie włókniste i tłuszczowe ściany pęcherza.

3. Zgrubienie i przemiana włóknista błony podśluzowej są niezależne od zwyrodnienia pozostałych warstw pęcherza i stanowią tylko następstwo *cystitis*.

4. Wpływ bezpośredni zmian naczyniowych *(arteriosclerosis)* nie wystarcza sam przez się do wytłómaczenia patogenezy zwyrodnienia włóknistego pęcherza u prostatyków. W rzeczywistości niema wyraźnej różnicy histologicznej w przemianie włóknistej ściany pęcherza pomiędzy tymi przypadkami, gdzie niema zmian miażdżycowych a tymi, w których u prostatyków wyrażone są one wybitnie. Z drugiej znów strony może nie być miażdżycy naczyń w przypadkach przemiany włóknistej u osobników starszych; wreszcie można znaleść u chorych o wybitnej arteryosklerozie przerost gruczołu krokowego zupełnie bez zmian w mięśniu pęcherzowym. W obec tego istnienie jednoczesne u prostatyków zmian w naczyniach, pęcherzu i gruczole krokowym nie stanowi bynajmniej rzeczy koniecznej. *(Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical. Thèse de la faculté de Paris. G. Steinheil).* *Prof. Rydygier.*

Choroby dzieci.

Sztuczne żywienie mlekiem krowiem.

Gdy przed kilku laty podał Soxhlet[1]) nowy, iście znakomity sposób wyjaławiania mleka, zdawało się, że sprawa sztucznego żywienia osesków posunęła się znacznie naprzód, że mleko krowie w odpowiedni sposób przyrządzone i wysterylizowane, będzie w stanie zastąpić mleko matki. Tymczasem okoliczność, która potwierdzają wszyscy zajmujący się tym przedmiotem, że sztuczne żywienie w praktyce mimo wszystkich zabiegów często zawodzi, skłoniła badaczy do dalszych poszukiwań i do dalszych prób, skierowanych ku temu celowi, aby różnice istniejące między mlekiem kobiecem a krowiem wyrównać i dać dziecku pożywienie, które zbliżając się swym składem i własnościami do mleka kobiecego najlepiej odpowiada stosunkom jego trawienia.

Poszukiwania dalsze odnoszą się zatem do dokładnego zbadania stosunków tak bakteryologicznych jak i chemicznych.

Ścisłe badania bakteryologiczne Flüggego (1) nad wyjałowionem mlekiem wykazały, że wszystkie dotychczasowe sposoby sterylizowania są zupełnie niedostateczne. Również i postępowanie sposobem Soxhleta, jakkolwiek na pozór tak dokładne i chociaż posiada wielkie zalety, nie pozbawia mleka wszystkich bakteryj a przynajmniej ich zarodników. Flügge wykazał, że jednorazowa ciepłota 100 stopni w stosunkach, jakie podał Soxhlet, nie wystarcza, aby zabić pewne bakterye, które się znachodzą w mleku zawsze, lub przynajmniej często; wykazał dalej, że na bakterye te nie ma wpływu, czy ciepłota 100 stopni działa na mleko przez $^1/_4$, czy $^1/_2$ godziny.

Rozpatrując dalej biologię tych gatunków znalazł, że mogą one być anaerobami lub aerobami, wreszcie, że mają one własność rozkładania sernika i wytwarzania peptonów i toksyn; jadowitość ich stwierdzono na zwierzętach. Bakterye te rozwijać się mogą tylko w ciepłocie powyżej 26 stopni Réaum. a więc najłatwiej w lecie, podczas upałów letnich przy nieodpowiedniem przechowaniu lub przy nazbyt powolnem oziębianiu mleka, przedtem gotowanego. Flügge przypuszcza, że bakterye te dostają się do mleka w stajni;

[1]) Porównaj odczyt prof. Dra Jakubowskiego w Tow. lek. krak. *Przegląd lek.* Nr. 23. z 1892 r.

dlatego też dochodząc do praktycznych wniosków ze swej pracy radzi największą czystość w stajni, jak najszybsze zagotowanie mleka i szybkie ochłodzenie go w tem samem naczyniu. Zwraca uwagę, aby mleka po zagotowaniu do innego naczynia nie przelewać, nie przywiązuje zaś wielkiej wagi do obaw zanieczyszczenia mleka z powietrza, nie wymaga też hermetycznego zamknięcia naczyń po zagotowaniu, jak tego żąda Soxhlet.

To co Flügge wykazał w pracowni, to stara się Heubner (2) zastósować do praktyki. Na badaniach Flüggego oparł on swoje twierdzenie, że przyczyna nieudawania się sztucznego żywienia tkwi tylko w niedostatecznym, jak dotąd, sterylizowaniu mleka. W ten sposób odrzucił H. a przynajmniej na drugi plan usunął wszystkie inne przyczyny, głównie zaś przez Biederta uznawane, na różnicach chemicznych polegające. Jak wiadomo, Biedert podał jeszcze w r. 1868 różnice chemiczne, ilościowe i jakościowe między sernikiem mleka kobiecego a krowiego. Heubner stara się wykazać, że kliniczna obserwacya i badanie stolców dzieci sztucznie mlekiem żywionych różnicy tej nie potwierdzają a przytaczana przez Biederta trudna strawność mleka krowiego i pozostawanie szkodliwej reszty niestrawionej *(schädlicher Nahrungsrest)* uważać należy za skutek zmian w przewodzie pokarmowym a nie za przyczynę. Inna jest rzecz, że mleko krowie, gdy już raz się rozkłada jako zawierające dużo białka, daje dużo produktów w najwyższym stopniu trujących; są to jednak stósunki niefizyologiczne. Przyczyny więc złych wyników sztucznego żywienia szukać należy zdaniem H. w niedostatecznem wyjałowieniu mleka.

O niedokładności dotychczasowych sposobów sterylizowania jest przekonany, mimo to jednak dotychczas posługuje się sposobem Soxhleta, osiągnął zapomocą tego sposobu znacznie lepsze wyniki sztucznego żywienia i jest zdania, że przy zachowaniu ścisłem przepisów można w pewnej ilości przypadków uzyskać dobry rezultat.

Jako wyniki swojej pracy podaje: ścisłe sterylizowanie mleka, odpowiednio rozcieńczonego jak najprędzej po udojeniu w przyrządzie Soxhleta lub w naczyniu, które oziębić należy po $^1/_4$ godzinnem gotowaniu.

W obronie swoich dotychczasowych poglądów wystąpił wkrótce Biedert (3). Nie zaprzecza on wcale, że wyjałowienie mleka ma ogromne znaczenie w sztucznem żywieniu, stwierdza jednak, że są różnice chemiczne. Już dawno wykazał B., że stosunek białka do tłuszczu i cukru inny jest w mleku krowiem a inny w kobiecem; wykazał nadto, że między chemicznemi własnościami samego białka krowiego a kobiecego zachodzą także znaczne różnice. Obecnie powołuje się jeszcze na wykonane w swoim zakładzie doświadczenia i obliczenia pod względem fizyologicznego trawienia białka mleka krowiego.

Camerer obliczył, że ilość wprowadzonego białka mleka krowiego i ilość pozostałości i produktów jego zostają w takim stósunku do przybytku w organizmie, że przypuścić musimy, że pewna część białka tego zatraca się na sam akt trawienia, prawdopodobnie na pracę mięśni jelit i pracę gruczołów, że trawienie mleka krowiego skutkiem tego dłużej odbywać się musi a więc pozostaje więcej czasu na działanie bakteryj. Tłómaczenie to byłoby w najzupełniejszej zgodzie z objawami spostrzeganymi klinicznie. Zmiany najwybitniejsze spotykamy w jelicie grubem a więc tam, gdzie treść jelit jest już przeładowana bakteryami, tam, gdzie się znajduje niestrawiona reszta *(schädlicher Nahrungsrest)*.

Ale Biedert mówiąc o strawności białka powołuje się także na codzienne doświadczenie. Często widzimy dzieci karmione piersią, które mimo rozwolnienia, stolców zielonych zmięszanych ze śluzem doskonale się mają a na odwrót dzieci karmione mlekiem krowiem podupadają na odżywieniu dość często, chociaż stolce są na pozór prawidłowe. Przyczyny tego szukać musimy w tem, że mleko kobiece a głównie jego substancye białkowate trawią się i resorbują już w górnych częściach przewodu pokarmowego, sernik zaś mleka krowiego trawi się trudniej, powolniej i niedokładnie, pozostawiając resztę, w której rozwijają się bakterye.

W ten sposób stara się B. wykazać, że istnieją różnice w chemicznym składzie i mają doniosły wpływ na trawienie.

Dzielnego sprzymierzeńca znalazł B. w Wróblewskim (4). Ten uzyskał zapomocą dyalizatora własnego pomysłu chemicznie czysty sernik. Zaznaczyć należy, że właściwie dopiero on pierwszy operuje ciałem zupełnie czystem; dlatego też i wyniki, do których doszedł, mają doniosłe znaczenie. Poddawszy sernik mleka krowiego i kobiecego działaniu chemicznemu przekonał się Wróblewski, że sernik kobiecy i krowi są ciałami chemicznie różnemi, że zachodzą między niemi różnice w rozpuszczalności i formie osadzania się. Przy sztucznem trawieniu pepsynowem nie odszczepia się od sernika kobiecego żadne ciało nukleinowate, gdy sernik krowi wydziela paranukleinę.

Więcej praktyczne stanowisko zajmuje w swej pracy Baginsky (5). Wystąpił on w obronie metody Soxhleta.

Powołuje się w tym względzie na ogólnie przez lekarzy stwierdzone, lepsze wyniki po wprowadzeniu tego sposobu, na doświadczenie własne w swojej klinice, wreszcie na zmniejszenie się w ostatnich czasach procentu śmiertelności dzieci sztucznie żywionych.

Bądźcobądź myśl przeprowadzona przez Soxhleta, aby mleko bez przelewania z tego samego naczynia, w którem się sterylizowało, zostało spożyte, okazała się błogą w skutki, a jeśli w pewnym razie wynik żywienia nie jest pomyślny, to przyczyna tego nie tkwi w niedokładnem sterylizowaniu, ale we własnościach chemicznych białka mleka krowiego.

Baginsky twierdzi, że nawet najściślejsze, najdokładniejsze wysterylizowanie mleka nie zawsze chroni przewód pokarmowy od dostania się doń chorobotwórczych drobnoorganizmów. Wiemy przecież, że drogą do wprowadzenia do przewodu pokarmowego pewnych drobnoustrojów nie jest wyłącznie tylko pożywienie. Bakterye mogą się tam dostać w inny sposób, n. p. z otoczenia, powietrza i rozwijać, gdy znajdą odpowiednie stósunki. Stósunki te istnieją przy sztucznem żywieniu, bo trawienie mleka krowiego trwa dłużej, resorpcya jest powolniejsza, pokarmy dłużej zatrzymują się w przewodzie pokarmowym a wszystkie te okoliczności, które przedłużają jeszcze samą sprawę trawienia, stwarzają do rozwoju bakteryj jeszcze lepsze okoliczności.

Baginsky wykazał już poprzednio, że mleko sterylizowane zmienia znacznie swoje własności a mianowicie jego sernik sztucznie trawi się gorzej; nadto przy sztucznem trawieniu mleka sterylizowanego następuje rozkład składników organicznych zawierających fosfor, co dla trawienia i resorpcyi ma doniosłe znaczenie. Jeśli więc wykazano, że mleko sterylizowane trawi się trudniej, dłużej zalegać musi w przewodzie pokarm, to wynikałoby stąd, że im troskliwiej mleko sterylizujemy, im usilniej staramy się o ścisłe jego wyjałowienie, tem lepsze stwarzamy stósunki do rozwoju bakteryj, które z zewnątrz dostają się do przewodu pokarmowego czyli że usiłowania nasze zwrócić należy nie tyle w tym kierunku, aby podać dziecku mleko idealnie wyjałowione, bo bakterye mogą i tak dostać się do niego w ciągu trawienia, ile aby uczynić je jak najłatwiej strawnem.

Zapatrywanie to Baginskiego zostało wkrótce zachwiane przez Bendixa (6). Przeprowadził on doświadczenia nad trawieniem fizyologicznem i resorpcyą mleka sterylizowanego i niesterylizowanego i na podstawie obliczeń przyszedł do wniosku, że niema żadnej różnicy w trawieniu i resorpcyi między mlekiem sterylizowanem a niesterylizowanem, że zupełnie obojętnem jest ze względu na strawność, czy podamy dziecku mleko sterylizowane czy niesterylizowane a wobec tego, że mleko może zawierać chorobotwórcze bakterye, radzi zawsze mleko sterylizować jak najdokładniej.

Badania te, przeprowadzone na dziecku $2^1/_2$ lat liczącem, wymagałyby jeszcze powtórzenia i stwierdzenia dla osesków, aby uzyskać mogły odpowiednie uwzględnienie.

Jak widzimy, w sprawie sztucznego żywienia nie brak zdań nie raz wprost przeciwne zapatrywania wyrażających, nie brak też niejasnych punktów; miejmy jednak nadzieję, że nam je najbliższa przyszłość wyjaśni.

1) Flügge: Die Aufgaben und Leistungen der Milchsterilisirung. *(Zeitschrift für Hygiene und Infectionskr.* Tom XVII.). 2) Heubner: Ueber Kuhmilch als Sänglingsernahrung. *(Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 37 i 38). 3) Biedert: Ueber Kuhmilch, Milchsterilisirung und Kinderernährung. *(Ber. klin. Wochenschr.* Nr. 44). 4) Wróblewski: O serniku kobiecym; Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem kobiecem a krowiem. (*Gazeta lek.* 36. 1894). 5) Baginsky: Sommerdiarrhoen, Kuhmilchernährung und Milchsterilisirung. (*Berl. klin. Wochenschr.* 43—44). 6) B. Bendix: Ueber die Verdaulichkeit der sterilisirten und nichtsterilisirten Milch. (*Jahrb. für Kinderhlkd.* XXVIII). *Dr. Jan Raczyński.*

Okulistyka.

Asmus: O lokalizacyi kawałków żelaza w gałce ocznej za pomocą igły magnetycznej.

Przed kilku laty podał Gallemaerts przyrząd, którym można było wykazać żelazo, znajdujące się w gałce ocznej a które za pośrednictwem urazu tamże się dostało; lecz przyrząd ten niezbyt czuły nie ziścił nadziei w nim pokładanych.

A. sporządził przyrząd (na tej samej zasadzie co Gallemaerts i Lamonts), którym można wykazać nietylko obecność żelaza w gałce ocznej, ale nawet oznaczyć bardzo dokładnie miejsce, w którem znajduje się odłamek.

Na długiej, nieskręconej nitce kokonowej wisi długa na 11 cm. cienka igła magnetyczna; w samym jej środku umieszczone jest małe zwierciadełko, takie, jak go powszechnie używa się do galwanometrów. Umieszczona jest igła razem z nitką w pudełku szklanem, końce zaś igły za pudełko wystające, mają osobną osłonkę z rurek szklanych, w których mogą niewielkie wahanie wykonywać. W odległości 3 metrów umieszczona jest luneta ze skalą; luneta służy do obserwowania drobnych odchyleń igły. Oko badane zbliża się, o ile można do rurki szklanej, w której jest igła magnetyczna umieszczona i uważa się na jej wahania.

A. przekonał się, że przyrząd ten jest tak czuły, iż wykazuje 0·5 miligrama żelaza znajdującego się w oku i stosownie do słabszych lub mocniejszych ruchów igły oznaczyć można dokładnie umiejscowienie odłamka żelaza. Czułość można zwiększyć, zrobiwszy z igły magnetycznej zwykłej astatyczną. Czy żelazo tkwi w soczewce, czy w ciałku szklanem, czy jest otoczone tkanką łączną, czy nie, nie wpływa zupełnie na dokładność przyrządu. Jeśli odchylenia igły są bardzo nieznaczne, można kawałek żelaza w oku tkwiący namagnetyzować, przykładając do gałki silny elektromagnes; po magnetyzowaniu przyrząd jest jeszcze pewniejszy. A. wykazywał swym przyrządem (syderoskopem) nie tylko żelazo w oku, ale i w innych częściach ciała w razach wątpliwych; w przypadkach wbicia np. igły do szycia w rękę lub nogę, gdzie zachodziło pytanie, czy odłamek jest w organizmie, czy nie, przyrząd nigdy nie zawiódł. Zastósowanie jego nader łatwe, przyrząd sam mały i nie skomplikowany. *(Arch. f. Augenheilk. Knapp.* 29. 2. 1894). *Dr. Brudzewski.*

Zapiski terapeutyczne.

7. P. Bruns: W sprawie narkozy eterowej (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). Zdaje się, że sprawa narkozy eterowej, przebywszy tyle zmiennych losów, doszła w tej chwili znowu do punktu zwrotnego. Eter z początku jako pierwszy środek znieczulający przyjęty z entuzyazmem już po roku ustąpić musiał miejsca chloroformowi, który przez lat 40 panował prawie samowładnie w chirurgii i dopiero od kilku lat musiał dzielić swoją władzę z eterem, odkąd, osobliwie w Niemczech z inicyatywy Towarzystwa chirurgicznego, wykazano przez badanie zbiorowe, że do narkozy eter jest bezpieczniejszy od chloroformu.

Jakoż w obecnej chwili bardzo wielu chirurgów porzuciło stanowczo chloroform a przeszło do eteru, przekonawszy się o jego wyższości nad chloroformem. Są jednak i tacy, którzy spróbowawszy eteru a dostrzegłszy w swych doświadczeniach jego niekorzystne skutki uboczne, wrócili znów do chloroformu.

Owo niekorzystne działanie uboczne i następowe narkozy eterowej tyczy się wyłącznie skutków mocnego zadraźnienia błony śluzowej dróg oddechowych w postaci mianowicie nieżytu oskrzelowego i bronchopneumonii. Na te okoliczności zwrócili uwagę profesorowie Czerny i Mikulicz (por. Nr. 48. *Przeglądu lek.* z r. z.), z których pierwszy miał dwa przypadki śmierci z zapalenia płuc 8-go dnia po operacyi, drugi zaś spostrzegł również dwa przypadki zapalenia płuc, pomyślnie jednak zakończone. Poppert zebrał nawet z piśmiennictwa siedem przypadków, w których śmierć nastąpiła z obrzęku płuc *(oedema pulmonum)* w ciągu 32 godzin po narkozie i przyszedł na tej podstawie do wniosku, że wobec narkozy eter jest nawet dwa razy niebezpieczniejszym od chloroformu, bo gdy ten zabija podczas narkozy w stosunku 1 : 2647, tamten czyni to, lubo później dopiero, ale w stosunku już 1 : 1967.

W ten sposób byłaby sprawa między eterem a chloroformem rozstrzygnięta, oczywiście znów na korzyść chloroformu.

Ponieważ autor pierwszy z kliników niemieckich zaczął używać eteru do narkozy a następnie polecał go na podstawie prac dokonanych w swej klinice, przeto poczuwa się do obowiązku zabrania głosu w tej sprawie.

Przedewszystkiem trudna jest krytyka statystyki Popperta, ponieważ owe późne przypadki śmierci po narkozie eterowej nie są jasne pod względem swej przyczyny a z drugiej strony nie ulega wątpliwości, iż i po narkozie chloroformowej trafiają się przypadki śmierci, lubo ich przynajmniej dotychczas systematycznie nie zbierano.

Autor przyznaje, że zapalenie oskrzeli i płuc po narkozie eterem trzeba przeważnie kłaść na karb eteru, ale przecież nie można tu stósować bezwzględnie zasady *post hoc, ergo propter hoc*, ponieważ i po narkozie chloroformowej trafiają się przypadki zapalenia oskrzeli.

To nie ulega wątpliwości, że wdychanie eteru drażni do pewnego stopnia błonę śluzową dróg oddechowych i wywołuje zwiększenie się wydzielania śliny i śluzu, ale okoliczność, iż nieraz trafiają się po narkozie eterem jeden po drugim przypadki ciężkiego zapalenia oskrzeli, wskazuje, iż przyczyną tego nie tyle jest ilość eteru do narkozy spotrzebowanego, ile raczej jego przymioty.

Wiadomo, iż eter rozkłada się bardzo łatwo pod wpływem nie tylko światła, na co już farmakopea zwraca uwagę, ale i pod działaniem przystępu powietrza, o czem też farmakopea znów nic nie mówi. Rozkład ten odbywa się nawet za samym tylko przystępem powietrza, zgoła bez udziału światła, przyczem tworzy się alkohol winilowy i nadtlenek wodoru, t. j. eter utlenia się. Nadto zwraca uwagę Schönheimer, że eter kupny w zwykłej drodze handlowej zawiera aldehid, który wobec powietrza utlenia się, tworząc kwas octowy.

Otóż z tego wszystkiego wnosi autor, że eter w przystępie powietrza atmosferycznego utlenia się w sposób szkodliwy i że bezwątpienia połączenia w ten sposób powstałe mogą być właśnie przyczyną drażnienia błony śluzowej przy wdychaniu eteru.

Na dowód tego przytacza autor okoliczność z własnej obserwacyi, według której drażnienie dróg oddechowych w narkozie eterowej ustało, gdy zaczęto używać eteru przechowywanego w piwnicy we flaszkach po 300 cm.^{3} obejmujących i całkiem napełnionych a zaczęło znów występować, gdy używano eteru przechowanego bez tych ostrożności.

Farmakopea niemiecka nie podaje dotychczas chirurgowi dostatecznych sposobów uchronienia się od eteru rozłożonego, do inhalacyj w celu narkozy nieprzydatnego. Dlatego lekarz, żądając z apteki eteru, powinien wyraźnie nadmienić, iż go ma użyć do narkozy, potrzebuje zatem eteru jak najczystszego a przechowywać go w chłodnem miejscu, w ciemności, we flaszkach małych, całkowicie wypełnionych i szczelnie zamkniętych. Używając takiego eteru baczyć należy, iżby resztek pozostałych po narkozie nie używać więcej do narkozy, lecz tylko zewnętrznie.

W ten sposób, spodziewa się autor, uniknie się szkodliwych skutków ubocznych narkozy eterem, który w ten sposób utrzyma swe zbawienne stanowisko w chirurgii. *(Berliner klin. Wchschft.* 17. Grudnia 1894).

8. König: Kwestya narkozy (z kliniki chirurgicznej w Getyndze). Kto nauczył się myśleć logicznie i fizyologicznie, ten przyzna, że środek, który pozbawia przytomności i czucia, może także tę nieprzytomność i utratę czucia uczynić stałemi czyli sprowadzić śmierć. Nie ma przeto wątpliwości, że szukać środka narkotycznego zupełnie nieszkodliwego znaczy tyle, co gonić za *perpetuum mobile.*

Opierając się przeto na doświadczeniu i statystyce, nie ma wątpliwości, że ze względu na nagłe pojawienie się groźnych przypadków, chloroform jest niebezpieczniejszy od eteru, działa bowiem bez porównania mocniej naprzód na serce a następnie na mięśnie oddechowe i zmusza operatora do ciągłej uwagi na narkozę, wskutek czego uwaga jego dzieli się na operacyę i na narkozę a mimo tego przecież i tak przyjść może do nagłej śmierci na stole operacyjnym.

Pod tym względem nie ma żadnej wątpliwości, że taka nagła śmierć w narkozie eterowej jest bez porównania rzedszą niż w narkozie chloroformowej, jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że i eter prowadzić może do zapadu, kończącego się śmiercią.

Ztąd wypada, że

1) operator podczas narkozy eterowej może operować spokojniej a ztąd i śmielej niż podczas narkozy chloroformowej;

2) narkoza eterowa jest na stole operacyjnym bez porównania bezpieczniejszą niż narkoza chloroformowa a jakkolwiek dla operowanego jestto wszystko jedno, czy umrze w łóżku czy na stole operacyjnym, to dla operującego jest wszakże wielka w tej mierze różnica.

Na podstawie tych uwag nie trudno rozstrzygnąć, że eterowi należy się pierwszeństwo przed chloroformem; dlaczegoż przeto nasi poprzednicy tak rychło opuścili eter a przeszli do chloroformu? Oto po prostu dlatego, że chloroform w ogóle lepiej znieczula niż eter.

Nie ma żadnej wątpliwości, że przy należytej baczności i użyciu w razie potrzeby stosownych środków tudzież, jak rozumie się samo przez się, właściwem szczędzeniu środka usypiającego i chloroformem można działać całkiem bezpiecznie, ale to pewna, że są przypadki, w których eter do należytej narkozy nie wystarcza i mięśni nie zwalnia. Wprawdzie niekiedy pomaga wstrzyknięcie w takich razach podskórnie morfiny przed narkozą lub podczas niej, ale w przypadkach, w których i morfina zawodzi, nie pozostaje nic innego, jak do zakończenia operacyi użyć chloroformu, który w takich razach po eterze działa bardzo dobrze. Dzieje się to osobliwie przy długich operacyach w jamie brzusznej, gdzie napięcie mięśni operacyi bardzo przeszkadza.

Autor używa przeto do narkozy tak eteru jak i chloroformu, dając zazwyczaj eterowi pierwszeństwo z wyjątkiem operacyj na twarzy i operacyj u ludzi chorych na płuca i przechodząc do chloroformu, gdy eter okazuje się do narkozy niedostatecznym. *(Berliner klin. Wchschft.* 31. Grudnia 1894).

9. L. Hedderich: Ferrypiryna, nowy środek hemostatyczny (z kliniki ambulatoryjnej prof. Jurasza w Heidelbergu). Ferrypiryna jestto połączenie półtorachlorku żelaza z antypiryną wzoru $Fe_2 Cl_6$, 3 $(C_{11} H_{12} N_2 O)$, stanowiące bardzo pulchny proszek, pięknej barwy pomarańczowoczerwonej, rozpuszczający się w wodzie zimnej barwą ciemnoczerwoną.

Ferrypiryna ma podobne do użycia w razie krwotoku wskazanie, co i półtorachlorek żelaza, od którego tem różni się korzystnie, iż nie działa żrąco na błonę śluzową nosa, którą przelotnie barwi na żółto, ściąga i nieco pozbawia czucia.

Ferrypiryny używa prof. Jurasz w swej klinice i praktyce prywatnej, podobnie jak półtorachlorku żelaza, napawając rozczynem jej 18—20% pęczki waty i przykładając je do broczącej powierzchni. Ferrypiryny można użyć także i w proszku.

Prawdopodobnie da się użyć ferrypiryna wewnętrznie po 1/2 grama w krwotokach żołądkowych a zewnętrznie w rozczynie 1—1 1/2% przeciw wiewiórowi *(gonorrhoea).*

Ferrypirynę wyrabia fabryka w Höchst. *(Munchener med. Wchschft.* 1. Stycznia 1895).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 5. Grudnia 1894.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący oznajmia, że otrzymał zawiadomienie od przewodniczącego w komisyi przemysłowej, iż w łonie jej zaszły następujące zmiany: w miejsce doc. Grabowskiego, który opuścił Kraków na stałe, powołano prof. Bujwida, nadto przybrano członka nadzwyczajnego w osobie prof. Adametza.

3) Kol. Obaliński miał zapowiedziany odczyt p. t.: *Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń chrząstki przyrostkowej panewki biodrowej.* Na podstawie dwóch przez się spostrzeganych i operowanych przypadków przedstawia mówca obraz chorobowy tego cierpienia, jego rozpoznanie i leczenie. Cierpienie to rzadkie; w literaturze znalazł mówca dotychczas 11-cie przypadków. Pierwszy dokładny opis zawdzięczać należy Bardenheuerowi, który przed kilku laty pokazywał takich chorych na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Jako na jeden z najważniejszych sposobów rozpoznawczych w cierpieniach panewki stawu biodrowego, zwrócił Bardenheuer uwagę na badanie palcem przez kiszkę stolcową. W pierwszym swoim przypadku u chłopca 12-letniego mówca nie rozpoznał cierpienia i wziął to za zapalenie stawu biodrowego; dopiero podczas operacyi przekonał się o omyłce rozpoznania, gdyż siedliskiem cierpienia była kość miednicy po wewnętrznej stronie panewki biodrowej, gdzie nawet było znaczne zniszczenie i sekwestr. Dopiero po operacyi zaczął mówca szukać w literaturze i znalazł pracę Bardenheuera. Mając w pamięci podane przez niego dane rozpoznawcze w przypadku drugim tegoż cierpienia, mógł już mówca sprawę rozpoznać dobrze. Przypadek ten także leczony operacyjnie, znajduje się obecnie w okresie gojenia się, pierwszy zaś zupełnie już wyleczony mówca przedstawia.

Praca ta w całości drukowana będzie w *Gazecie lekarskiej* warszawskiej.

W dyskusyi wyraża zdziwienie kol. Kryński, że badanie *per rectum* jako jeden ze sposobów rozpoznawczych w cierpieniach panewki biodrowej tak dopiero niedawno został podany przez Bardenheuera. Sposób ten można znaleść wymieniony w podręcznikach a w klinice chirurgicznej krakowskiej, jak mówca zapamięta, badanie palcem przez odbytnicę stosuje się stale jako jeden z ważnych sposobów rozpoznawczych we wszystkich przypadkach *coxitis.* W klinice chirurgicznej znajduje się obecnie w leczeniu przypadek analogiczny do przedstawionych przez kol. Obalińskiego. Dotyczy on mężczyzny 27-letniego, który przybył z objawami ropnego zapalenia stawu biodrowego, przy-

czem wysięk ropny znajdował się głównie na przedniej powierzchni uda i powyżej więzu Pouparta, na powierzchni wewnętrznej talerza biodrowego, opuszczając się ku miednicy małej. Rozpoznano zapalenie stawu z zajęciem tylnej ściany panewki biodrowej. Wobec znacznego zniszczenia kości wykonał prof. Rydygier resekcyą stawu, przyczem znaleziono znaczny sekwestr w kości miednicowej odpowiadającej tylnej ścianie panewki biodrowej; po wyjęciu sekwestru utworzył się znaczny otwór w panewce. Wobec daleko posuniętych zmian przypuszczać należy, iż ściana kostna panewki biodrowej była tu siedliskiem pierwotnem zapalenia, które ztąd dopiero przeszło na staw i główkę kości udowej. Chory obecnie w kilka tygodni po operacyi ma się zupełnie dobrze i zaczyna wstawać.

Kol. Bossowski zapewnia, iż w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego bywa też stosowane badanie *per rectum* w *coxitis*, lecz zwrócił tu prof. Obaliński uwagę na znaczenie tego badania w przypadkach zapalenia panewki biodrowej.

Kol. Obaliński oświadcza w odpowiedzi, że praca Bardenheuera wyszła w roku 1890. i przedtem nigdzie nie spotykał podanego tego sposobu badania.

4) Kol. Kryński miał zapowiedziany wykład: *O mięsakach dolnego końca kości udowej*, przyczem okazał preparaty mikroskopowe i preparaty otrzymane z operacyj spostrzeganych przez siebie przypadków w klinice chirurgicznej. Rzadkie to cierpienie zasługuje na uwagę głównie ze względów rozpoznawczych. Mięsaki kości udowej zwykle punktem wyjścia mają okostnę; daleko rzadsze są te, które wychodzą ze szpiku kostnego i jeżeli znajdują się one w dolnej epifizie kości, to przedstawiają znaczne trudności dyagnostyczne w odróżnieniu od zapaleń stawu kolanowego. Dwa takie przypadki operowano przed 3-ma tygodniami w klinice chirurgicznej i to dziwnym zbiegiem jednego dnia. W pierwszym z nich u mężczyzny 36-letniego, znalazłszy obrzęk okolicy stawu kolanowego, wybitniejszy po stronie wewnętrznej o wyraźnych objawach chełbotania miękkiego (*pseudofluctuatio*), znaczną bolesność, prawie zupełne zniesienie ruchów czynnych, ograniczenie zaś biernych, nadto stłumienie wybitne w prawym wierzchołku płuca, rozpoznał mówca *gonitis tuberculosa*. Przystąpiono wobec wieku chorego i znacznego zniszczenia kości do resekcyi; po cięciu skórnem wylała się ciecz krwawa z kawałkami rozpadłej tkanki. Okazało się, że to nowotwór, który zajmuje cały kłykieć wewnętrzny kości udowej tak, iż pozostała z niego cienka warstwa okostny i chrząstka stawowa, na znacznej zaś przestrzeni brak i tego. Powierzchnia stawowa goleni zdrowa zupełnie. Zrobiono więc resekcyę dolnego końca uda, usunięto chrząstkę stawową goleni i złożono obie powierzchnie.

Drugi przypadek zupełnie analogiczny do tego pierwszego, tylko zniszczenie kości było obszerniejsze, zajmując cały dolny koniec kości udowej. Tu pouczeni pierwszą omyłką, badaliśmy ze szczególną skrupulatnością i rozpoznaliśmy rzecz dobrze: *neoplasma condylorum femoris*. Operacya jak w poprzednim przypadku: zupełna resekcya stawu. Przebieg pooperacyjny w obydwóch przypadkach dotychczas dobry. Badanie mikroskopowe okazało budowę mięsaka o mnóstwie komórek olbrzymich, wielojądrowych, jaką miewają mięsaki wychodzące ze szpiku kostnego (*sarcoma myelogenes*).

W dyskusyi zapytuje się kol. Obaliński o bóle, które w tych przypadkach występują stale i mają ważne znaczenie rozpoznawcze.

Kol. Kryński odpowiada, że w jednym z nich były one rzeczywiście, w drugim zaś chora leżąc spokojnie nie skarżyła się na nie, lecz i w zapaleniu gruźliczem stawu kolanowego bolesność bywa niekiedy dla chorego bardzo przykrą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

V. Sprawozdanie z czynności sekcyi okulistycznej VII. Zjazdu przyrodników i lekarzy we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Napisał

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego szpitala powsz. we Lwowie.

Prymaryusz Dr. Machek otwiera pierwsze posiedzenie i jako gospodarz sekcyi okulistycznej wita obecnych imieniem komitetu gospodarczego. Oświadcza, że we Lwowie po raz pierwszy zawiązała się na zjeździe osobna sekcya okulistyczna, tym razem bardzo liczna, jeżeli się ma na względzie geograficzne położenie Lwowa. Dowodzi to, że myśl wspólnej, zbiorowej pracy coraz więcej zyskuje zwolenników a potrzeba osobistego poznania i koleżeńskiego zetknięcia staje się coraz żywszą. Dalej podaje do wiadomości, że prof. Dr. Gałęzowski, zaproszony na Zjazd na 21. w dniu tym stawił się we Lwowie. Ponieważ atoli Zjazd, z przyczyn od komitetu niezależnych, na 23-go został odłożony a prof. Gałęzowski z powodów rodzinnych pobytu swego we Lwowie przedłużyć nie mógł, musiał przeto przed otwarciem Zjazdu Lwów opuścić.

Przewodniczącym pierwszego posiedzenia wybrano jednogłośnie Dra Kramsztyka z Warszawy; na następnych przewodniczyli kolejno: Doc. Dr. Sroczyński z Krakowa, Dr. Kamocki z Warszawy, Dr. Hłasko z Wilna. Na sekretarza powołano Dra Szulisławskiego ze Lwowa.

Prym. Dr. Emanuel Machek (we Lwowie): Statystyka jaglicy w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem, według dat urzędowych.

Celem skutecznego zwalczania jaglicy, choroby zaraźliwej, występującej u nas często epidemicznie, potrzebną jest dokładna znajomość miejscowości, w których się w większej ilości pojawia i dróg, któremi się po kraju rozchodzi. Odnośne wiadomości statystyczne mogłyby nas objaśnić o stósunkach geograficznych i społecznych, które sprzyjają coraz częstszemu pojawianiu się tej choroby. Jednakże zebrać statystykę jaglicy jest daleko trudniej, niż innych chorób zakaźnych. Powody powszechnie są znane. Chorzy na jaglicę przenoszą się z miejsca na miejsce, przez długi czas mogą pracować i zarabiać, w zaraźliwość choroby najczęściej nie wierzą, do lekarzy wyjątkowo tylko zgłaszają się w początkowych okresach, leczeniu drażniącymi środkami wcale nierzadko wszystkie dalsze skutki choroby przypisują, peryodyczne badania lekarzy powiatowych i okręgowych udaremniają, starając się ile możności ukryć. Nietylko lud wiejski, ale przeważna część mieszczaństwa zgłasza się o pomoc dopiero wtenczas, kiedy skutkiem powikłań, wrzodów, łuszczki, staje się niezdolną do pracy. Przed kilkoma laty zapytywała się prelegenta galicyjska rada zdrowia, jako znawcę, czyby nie można z urzędu zobowiązać lekarzy do podawania chorych dotkniętych jaglicą u władzy sanitarnej. Zapytany sprzeciwił się przymusowi zgłaszania, gdyż nie można żądać, aby lekarz chorych, których do niego osobiste zaufanie sprowadza, narażał na przykrości, wymieniając ich nazwiska, wreszcie ze względu, że przy pewnych ostrożnościach można zapobiec udzielaniu się choroby drugim. Brak tedy tych ważnych motywów, któreby kazały lekarzowi zapomnieć o interesach i korzyściach jednostek dla ogólnego dobra publicznego.

Pomimo to, że zebranie dokładniejszych dat statystycznych jest wielce utrudnione, nie radzi składać broni. Zebrane przez autora daty, dają zdaniem jego, nawet dość do prawdy zbliżony obraz geograficznego rozmieszczenia tej choroby w Galicyi.

Autor rozbiera naprzód krytycznie materyał, z którego czerpał daty. Przejrzał sprawozdania z zakładów okulistycznych, t. j. kliniki i trzech szpitalnych oddziałów ocznych, ze szpitali prowincyonalnych i szpitali wojskowych. Daleko

cenniejsze są daty z aktów namiestnictwa, odnoszące się do epidemicznego pojawiania się jaglicy w kraju, do ilości chorych na jaglicę pozostających w ewidencyi lekarzy powiatowych, dotyczące poborów wojskowych, wreszcie wykazy urlopowanych z powodu jaglicy z wojska, stojącego załogą w różnych miastach Galicyi, do miejsca stałego zamieszkania. Daty z klinik i z zakładów ogłaszane od czasu do czasu dorywczo, bez planu z góry obmyślanego, służyły przeważnie do kontroli dat urzędowych. Najdokładniejsze są wykazy dotyczące poboru wojskowego. Podają one ilość niezdolnych do wojska z powodu samej tylko jaglicy, ilość niezdolnych z powodu jaglicy i innych jeszcze cierpień i ułomności, wykazują, ile razy napotkano ostrą a ile razy przewlekłą formę jaglicy, dalej jak często występowały powikłania ze strony rogówki, łuszczka lub wrzody rogówkowe, wreszcie uwidoczniają, czy w rodzinie popisowego jest ktoś chory na oczy, czy nie. Komisye poborowe spełniają swoją czynność mniej więcej w tym samym czasie, sprawdzają tożsamość osoby, urzędują w granicach powiatu. Ponieważ wykazy podają liczby dotkniętych jaglicą według powiatów a stawienie się do poboru w innym powiecie jest bądź co bądź tylko wyjątkiem, przeto stanowią one najcenniejszy materyał do zbadania geograficznego rozmieszczenia tej choroby w kraju. Gdyby tak samo, jak popisowych można wszystkich mieszkańców zbadać w mieście powiatowem, mielibyśmy najidealniejszą statystykę i geografię jaglicy. Popisowi stanowią czterdziestą część całej ludności. W r. 1892 było w Galicyi w trzech pierwszych klasach 161.656, z tych się stawiło 145.877 a oprócz tego z innych wyższych klas 1.424. Razem tedy badano w tym roku pod względem jaglicy 147.301 ludzi, w powiatach ich stałego zamieszkania. Są to bardzo poważne cyfry a wartość ich tem większa, że są z wzorową prowadzone ścisłością i obejmują szereg lat.

Z tablic i wykazów, które mieszczą tysiące pozycyj, wyjmujemy niektóre daty. W r. 1890 i 1891 nie przyjęto do służby wojskowej z powodu jaglicy razem 1950 ludzi. Średnio nie przyjęto rocznie w powiecie trembowelskim 54·6 (liczy 71.000 mieszkańców), w drohobyckim 49.0, w mościckim 32·5, w samborskim 30·3, w borszczowskim i bobreckim 27·5, w husiatyńskim 26·5, w tarnopolskim 24·6, w rzeszowskim 24·0, w rudczańskim i w czortkowskim 22·0, w rohatyńskim 21·0, w żydaczowskim 20.6 i w brzeżańskim 20.0. Dalej następują po sobie według średniej rocznej niezdolnych do wojskowej służby z powodu jaglicy powiaty: buczacki (19·5), jaworowski, gorlicki (18·0), gródecki, kołomyjski, zbarazki (17·0), cieszanowski, nadworniański, myślenicki (16·0), stanisławowski, skałacki, podhajecki, nowosądecki, lwowski, zaleszczycki, bocheński, miasto Lwów (11·5), kamionecki, kossowski, wadowicki, niski, śniatyński, horodeński, żółkiewski, łańcucki, tłumacki, przemyślański, przemyski, bohorodczański, doliński, stryjski, dąbrowski, chrzanowski, brodzki, tarnowski, turski, rawski, liski, brzeski, wielicki, ropczycki, staromiejski, mielecki, kałuski, sokalski, krośnieński, dobromilski, krakowski, sanocki, żywiecki, grybowski, limanowski, bialski, miasto Kraków, jasielski, pilzneński, tarnobrzeski, brzozowski. W jedynym powiecie nowotarskim ani jeden z popisowych nie cierpiał na jaglicę.

Z bezwzględnej ilości przypadków, napotkanych u popisowych w jednym powiecie, obliczono, ile przypadków jaglicy przypada na 100.000 mieszkańców tego powiatu. W powiecie bobreckim n. p. zdarza się rocznie średnio 27.5 przypadków jaglicy u popisowych. Powiat ma 70·000 mieszkańców. Na 100.000 m. przypadałoby tedy średnio 39.2. W tarnopolskim (120.000 m.) średnio 24·6; przeto na 100.000 tylko 20·5. A więc w bobreckim mniej więcej dwa razy tak często. Zabarwiając na mapie powiaty tem ciemniej, im częstsze są przypadki jaglicy u popisowych względnie do 100.000 m., uwidoczniano graficznie geograficzne rozmieszczenie tej choroby w kraju. Mapa z największą dokładnością przedstawia istotny stan rzeczy odnośnie do popisowych.

Powiat nowotarski jest biały. W górzystej części Galicyi od Żywca po Kossów i w zachodniej Galicyi, od Chrzanowa aż po Ropczyce i Mielec jest jaglica rzadszą. Nieco ciemniej przedstawiają się wzdłuż pasa gór karpackich, powiaty: sądecki, gorlicki na zachodzie, kołomyjski i nadworniański na wschodzie. Właściwą siedzibą jaglicy jest północno-wschodnie płaskowzgórze galicyjskie. Obszar, w którym najczęściej ją wykazano, odgranicza na zachód powiat kolbuszowski i rzeszowski; na północ jarosławski, mościski, samborski, drohobycki, żydaczowski, podhajecki, buczacki i zaleszczycki; na zachód borszczowski, śniatyński, skałacki i zbaraski. W północnej części wschodniej Galicyi, jest jaglica rzadszą. Najczęstszą jest w trembowelskim i drohobyckim.

W dalszym toku rzeczy, stara się autor wykazać, o ile wyniki co do rozmieszczenia jaglicy, jak je uzmysławia podane przedstawienie graficzne, dadzą się przenieść na całą ludność Galicyi. Służy ku temu większa ilość wykazów porównawczych, szematów i tablic statystycznych, które dowodzą, że uogólnienie na całą ludność Galicyi jest możliwe i zupełnie uzasadnione. Streszczenie tych dat musiałoby urość do zbyt wielkich rozmiarów; przytaczamy przeto tylko przykład. Powiat drohobycki liczy 118.000 m. Srednia roczna niezdolnych z powodu jaglicy do wojska 49. Ponieważ rocznie średnio stawia się 2,700 ludzi, czyni to 1,81% niezdolnych z powodu tej choroby. Wysokość odsetki jest zastraszająca. Z tego wnosić trzeba, że w tym powiecie muszą być bardzo częste przypadki jaglicy. Sprawdzamy rzecz w wykazach. Pokazuje się, że średnio rocznie w 14 przypadkach można było wykazać jaglicę w rodzinach popisowych (t. j. 28% przypadków, w których rzeczy dochodzono). Wykaz leczonych na jaglicę w oddziale stałym kraj. szpitala we Lwowie stwierdza, że średnio rocznie leczono z tego powiatu 12 ciężkich przypadków jaglicy, powikłanej z wrzodami, które przebiły rogówkę. Lekkich przypadków do oddziału się nie przyjmuje. Sprawozdanie lekarza powiatowego o epidemicznem wystąpieniu jaglicy z r. 1891 donosi, że w gminie Königsau (675 m.) 175 ludzi cierpiało na jaglicę, a lekarz dodaje w raporcie swym, że dopiero połowę mieszkańców zbadał. W ewidencyi lekarza powiatowego pozostawało w ostatnich 3 latach od 144—374 chorych kwartalnie. W okręgu uzupełniającym 77. pułku (Sambor-Drohobycz) na 1000 badanych przy poborach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy 13.5 (Militarisch-stat. Bericht 1892). Średnio zaś wypada na okręg korpusu przemyskiego 6,3. Zrozumieć przyczyny tego nie trudno. Powiat jest handlowy, odsetka Żydów 19.80, kopalnie wosku ziemnego w Borysławiu, tamże tysiące ubogich robotników, destylarnie nafty, wyrób parafiny, przedsiębiorstw produkcyi oleju skalnego na większą skalę jest w powiecie 32, fabryki

wyrobu świec parafinowych, kolej transwersalna z odnogą do Borysławia, ludność mieszka w większych wsiach (Borysław 11.000 m., prócz tego 9 wsi powyżej 2000 m.). Drugim powiatem, tak bogatym w produkcyą oleju skalnego, jest gorlicki. W tym powiecie jest także najczęstsza jaglica ze wszystkich powiatów zachodniej Galicyi. Średnia niezdolność do wojska jest 18 rocznie.

Opierając się na wywodach, których przykład przytoczyliśmy, wykazuje autor, że jakkolwiek rozszerzenie jaglicy zależy od wielu przypadkowych okoliczności, przecież można stwierdzić pewne stosunki sprzyjające częstszemu pojawianiu się tej choroby i odwrotnie. Podajemy w krótkości wyniki:

1) W górzystych okolicach jest jaglica rzadszą, na równinach częstsza. Wysoko położony powiat nowotarski (Zakopane 3000 n. p. m.), jest wolny. Wzdłuż gór karpackich jest jaglica rzedszą, toż samo w górzystych powiatach zachodniej Galicyi; najczęstszą zaś na równinach wschodniej połowy kraju.

2) Zachodzi bardzo znaczna różnica co do ilości przypadków jaglicy pomiędzy zachodnią Galicyą zamieszkała przez Polaków a wschodnią, zamieszkałą po wsiach przeważnie przez Rusinów, na niekorzyść wschodniej połowy kraju (od Rzeszowa). Przyczyny należy szukać w tem, że zachodnia część kraju jest więcej górzysta, zamieszkała przez ludność polską, względnie dbalszą o zdrowie i żyjącą bądź co bądź w więcej europejskich stosunkach, niż ludność wschodnia, gdzie np. jeszcze bardzo często są chaty bez kominów. Na zachodzie jest większa ilość lekarzy, do których się udają chorzy w ostrym okresie, najbardziej zaraźliwym. We wschodniej części kraju w tych powiatach, w których jaglica jest częstszą, wypada średnio jeden lekarz na 25000 m., w tłumackiem zaś nawet jeden na 80000 (r. 1889).

Dalej wpływają w stosunkach zresztą równych na częstsze pojawianie się jaglicy:

3) Wyższa odsetka Żydów (jest ich daleko więcej we wschodniej połowie kraju).

4) Gęstość zaludnienia, t. j. średnia mieszkańców w powiecie na 1 klm. □.

5) Ogniska przemysłowe, kopalnie, fabryki, tartaki, gęstość dróg handlowych i sieci kolejowych.

6) Im wreszcie więcej w powiecie jest osad ze znaczniejszą ilością mieszkańców, a więc miast i miasteczek i większych wsi, tem częstszą jest jaglica. Uderza to w drohobyckim (9 wsi), w borszczowskim (8 wsi), w nadworniańskim (3 miasteczka i 8 wsi) w kossowskim (3 m. i 9 wsi), wszystkie ponad 2000 mieszkańców.

Im bardziej się rozpatrujemy w naszej mapie przedstawiającej geograficzne rozmieszczenie jaglicy u popisowych, tem więcej nasuwa się szczegółów, które dowodzą, że powyżej przytoczone okoliczności stanowczo wpływają na rozszerzenie się tej choroby. Naturalnie, że zawsze odróżniać należy między wschodnią a zachodnią częścią kraju. Wyjątki, które się znalazły, przy bliższem rozpatrzeniu okazały się jako pozorne, znachodząc swoje wytłómaczenie. Przytoczymy tu przykład: Powiat brodzki, 130000 m., na równinie położony, odsetka Żydów 21,66, najwyższa, jaką w Galicyi napotykamy. Zdawałoby się, że jaglica w powiecie powinna być bardzo częstą, zdanie dotąd rozpowszechnione. Tymczasem średnia roczna niezdolnych do wojska z powodu jaglicy wynosi tylko 5,3. Przyczyny: Jeden z największych powiatów ciągnie się bardzo długim, wąskim pasem wzdłuż granicy od powiatu kamioneckiego aż po zbaraski. Kolej przecina go w najwęższem miejscu i przebiega powiatem zaledwie kilkanaście klm. Uczęszczanych dróg handlowych, któreby prowadziły przez powiat, nie ma z powodu położenia na granicy, brak również większych zakładów przemysłowych, któreby zgromadzały większą ilość robotników. Żydzi mieszkają skupieni w gminach miejskich, stanowiąc 54.34% ludności miast, w gminach wiejskich razem z obszarami dworskimi mieszka tylko 5%. Na 1 klm. □ przypada tylko 59 mieszkańców (średnio w Galicyi 76). Inny przykład: wzdłuż powiatu stryjskiego przebiega kolej na obszarze wielu mil od granic powiatu żydaczowskiego aż po granicę węgierską. Odsetka Żydów 13.90. To są okoliczności sprzyjające rozszerzeniu jaglicy. Średnia roczna niezdolnych do wojska z powodu jaglicy: 6,0, gdyż na obniżenie ilości przypadków wpływa górskie położenie powiatu i bardzo rzadkie zaludnienie (na 1 klm. □ tylko 36 mieszkańców). Słabiej zaludnionym jest w Galicyi jeszcze tylko powiat nadworniański (31 mieszk.) Ludność mieszka przeważnie w małych osadach.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 10. Stycznia 1895.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu, odbytem w dniu 2. b. m., wybrało prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego, wiceprezesem Dra Alfreda Sokołowskiego (obu ponownie), sekretarzem dorocznym Dra Karola Rychlińskiego.

— W Zakładzie higienicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego wyrobił już prof. Bujwid antytoksynę przeciwbłoniczą o dosyć znacznej sile immunizującej. O ile można sądzić z otrzymanych na zwierzętach wyników, surowica za parę tygodni zdatną będzie do celów leczniczych i wszystkie szpitale krajowe otrzymać ją będą mogły, jakkolwiek z początku w nieznacznej jeszcze ilości.

— W mającem wychodzić nowo piśmie *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie* objął Dr. F. Neugebauer w Warszawie (Leszno 33) referat z prac polskich w zakresie położnictwa i ginekologii.

— Pierwszy kongres lekarski wschodnioindyjski rozpoczął swe czynności w dniu 24. z. m. i r. w Kalkucie przy udziale więcej, niż 500 lekarzy z Indyi angielskich. Pierwszemu posiedzeniu przewodniczył wicekról, który też wypowiedział mowę inauguracyjną, poczem Harvey, jeneralny inspektor szpitali bengalskich, miał odczyt o postępach higieny publicznej w Hindostanie, w którym wszystkie większe miasta już są zaopatrzone w dobrą wodę. Jaki zaś wpływ reformy higieniczne miały na zdrowie publiczne w tym kraju, świadczy okoliczność, iż gdy przed 20 laty śmiertelność w wojsku angielskiem wynosiła 69‰, obecnie zeszła tylko do 15‰.

— Według przybliżonego oczywiście obliczenia, stan 130 do 140 koni wystarczy dla zakładu pasteurowskiego w Paryżu, ażeby zaopatrzyć całą Francyą w potrzebną ilość surowicy przeciwbłoniczej a koszt ztąd wynikający wyniesie rocznie, o ile go można teraz obrachować, koło 180000 franków, do których przykładać się będzie państwo kwotą 80000 franków, za co będzie otrzymywać bezpłatnie surowicę leczniczą dla zakładów dobroczynnych i szpitali, gdy brakującą resztę pokrywać ma sprzedaż surowicy osobom prywatnym a prawdopodobnie i udział miast i departamentów w ten sposób, iż będą przyczyniały się do utrzymania w zakładzie pewnej liczby koni dla swego użytku. Koszt utrzymania jednego konia wyniesie rocznie koło 1000 franków, które płacąc, otrzymywać się będzie miesięcznie ilość surowicy potrzebną na 150 wstrzyknięć po 20 cm³, czyli miesięcznie po 3 litry surowicy od konia. Departament Bouches-du-Rhône pierwszy wszedł w podobną ugodę z zakładem pasteurowskim w Paryżu i utrzymywać będzie sześć koni dla korzyści swych chorych.

— *British Institute of Preventive Medicine* będzie, od 15. b. m. począwszy, dostarczać surowicy przeciwbłoniczej dziennie na 150 'a od

1. Lutego nawet na 250 wstrzyknięć, po $1^1/_2$ marki niemieckiej (czyli po 92 centy = 71 kopiejek) za dwa wstrzyknięcia a później najprawdopodobniej jeszcze taniej. Cena ta jest znacznie niższą od cen żądanych za surowicę Behringa wyrabianą w Höchst.

— Z inicyatywy Cesarza niemieckiego zebrał się w Berlinie pod przewodnictwem ministra stanu Delbrücka komitet w celu wystawienia pomnika Helmholtzowi.

— Kolekta, otworzona przez paryski dziennik polityczny *Figaro* na surowicę przeciwbłoniczą, przyniosła dotychczas 611,674 franków.

— Przygotowania do międzynarodowego kongresu lekarskiego, odbyć się mającego w Moskwie w r. 1897, już się rozpoczęły. Komitet organizacyjny, złożony ze wszystkich profesorów Wydziału lekarskiego uniwersytetu moskiewskiego pod przewodnictwem kuratora tamtejszego okręgu naukowego, hr. Kapnista, wyznaczył ze swego grona osobną komisyę wykonawczą pod sterem profesora anatomii patologicznej, Dra Kleina, obecnie dziekana Wydziału lekarskiego.

— W Kijowie utworzyło się z inicyatywy profesorów klinicznych Towarzystwo do zwalczania chorób zakaźnych i postanowiło rozpocząć swe czynności od nabywania i rozdawania surowicy przeciwbłoniczej.

— **Artykuły oryginalne** w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 1. z r. b.: A. Obaliński. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń w linii przyrostkowej panewki biodrowej. J. Czajkowski. Zapalenie płuc komórkowe pod względem etyologicznym i anatomicznym. W. Wągrowski. Zupełne przerwanie dwunastnicy w skutek urazu bez naruszenia powłok. W *Medycynie* Nrze 1. z r. b.: J. Rogowicz. Przypadek całkowitego przewlekłego wynicowania macicy (*Inversio uteri completa chronica*). H. Higier. O tak zwanym ostrym ograniczonym obrzęku skóry. J. Rosenberg. Przypadek szczególnego zaburzenia nerwowego, powstałego po cholerze azyatyckiej.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Turce rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Boryni. Pensya 500 złr. i 400 ryczałtu na objazdy. Podania do 31. Stycznia b. r.

Redakcya otrzymała:

Ludomił Korczyński: O chorobie Basedowa. (Z rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, wydawanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie).

Józef Goldbaum: Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum*: Dalszy ciąg posiedzenia administracyjnego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Julius Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. V, 330, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III. str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. **Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883 dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. **Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 336 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. **O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka,** wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa. 1891. w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia,** według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera. przekład Ad. Ciąglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

Wł. Oltuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 19. Stycznia 1895 r. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: [illegible] Telefonu Nr. [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 127, Clinton and Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O przyszywaniu śledziony (splenopexia).

Podał

Prof. Rydygier.

Kiedy w dniach ostatnich dostałem w opiekę swą przypadek śledziony ruchomej, nadający się do operacyi, postanowiłem śledzionę opadłą do miednicy odprowadzić na swoje miejsce i tam ją ustalić. Po przejrzeniu literatury[1]) nie znalazłem ani jednego przypadku przyszycia śledziony ruchomej, tylko przy wszystkich operacyach wykonano wycięcie śledziony. Wyniki tej operacyi były wprawdzie nie bardzo złe, bo Dandolo[2]) podaje na 17 przypadków 2 razy zejście śmiertelne a we wszystkich przypadkach wyleczonych miał później być stan prawidłowy, o ile je przez czas dłuższy obserwowano. Mimo to nie mogłem porzucić pierwotnej swej myśli, bo przecież nie sposób przypuszczać, że śledziona tak sobie w ustroju naszym nie jest potrzebnym narządem a nowa nie odrasta.

A priori przyznać sobie musiałem, że przytwierdzenie śledziony w prawidłowem miejscu nie jest operacyą technicznie łatwą a tem trudniej otrzymać stały wynik. Wiemy z doświadczenia na nerce, jak trudno w daleko dogodniejszych stósunkach utrzymać ją samem przyszyciem na stałe w należytem położeniu. Nie trzeba zapominać, jak cienką ma śledziona torebkę, jak już prawidłowo stanowi narząd bardzo krwisty i do krwawienia pohopny, a tem więcej jest to w przypadkach ruchomej śledziony, gdzie zwykle jest powiększoną i przekrwioną, dla czego to n. p. Sutton[3]) w swoim przypadku wycięcia ruchomej śledziony, którą naprzód odprowadził, nie śmiał jej przyszyć i kiedy w 3 miesiące później znalazł ją znowu opadłą, wyciął ją po powtórnej laparotomii. Pominąwszy to niebezpieczeństwo nakłucia tak krwistego narządu, którego ja za tak wielkie nie uważam, trzeba było przy układaniu sposobu przytwierdzenia śledziony na swojem miejscu przedewszystkiem o tem pamiętać, żeby tam przyrosła na stałe. Wiemy, jak łatwo przedłużają się zrosty otrzewnowe.

To też postanowiłem śledzionę włożyć do kieszeni wytworzonej z otrzewny ściennej klatki piersiowej, którą po nacięciu oddzielić należało od ściany klatki piersiowej w kształcie torebki dość wielkiej, żeby dolna część śledziony mogła się w niej pomieścić. W ten sposób daje się pewną podstawę tak, że śledziona nie może się opuścić, a powtóre można prawie zupełnie uniknąć szwów przez miąższ śledziony, a głównie *ligamentum gastro-lienale* przyszyć do krawędzi torebki. Żeby śledziona nie mogła wypaść z tak utworzonej torebki, trzeba torebkę naprzód zrobić dość głęboką a następnie kilku szwami, założonymi przez więzadło śledziony i brzeg torebki należycie ją przytwierdzić. Gdyby stósunki sprzyjały (wiotkie ściany brzuszne), możnaby może jeszcze drugą torebkę zwróconą ku górze zrobić dla górnego końca śledziony, to atoli jest zadanie bardzo trudne i nie uda się w każdym przypadku; jak sobie rzecz ułatwić, zaraz opiszę.

Sposób wykonania całej operacyi jest więc następujący:

Robi się laparotomię w linii białej. Jeżeli stan śledziony opuszczonej nie jest do tego stopnia zmieniony, że

---

[1]) Przejrzałem podręczniki Koeniga, Alberta, Hütera i Duplay-Reclusa, monografię Ledderhosego: *die chirurg. Erkrankungen der Milz*; dalej *Centrbl. f. Chir.*, *Revue de chirurgie*, *Varhandl. d. Dt. Ges. f. Chirurgie*, *Dt. Z. f. Chir.*, Langenbecka *Archiv* i Virchow-Hirscha *Jahresberichte* z ostatnich lat po wyjściu wyżej wspomnianej monografii.

[2]) Dandolo: Lo stato presente della chirurgia della milza. Milano 1893, ref. w Centrbltt f. Chir. 1893 p. 499.

[3]) Sutton: Excision of a wandering spleen for axial rotation. Lancet 1892 December 17. ref. w Centr. f. Chir. 1893 p. 352.

nie dozwala na odprowadzenie, powiększenie średnio nie przeszkadza temu, to unosimy śledzionę, wsuwamy ją na próbę na swoje miejsce, żeby sobie w myśli oznaczyć wielkość i położenie torebki, mającej objąć dolny odcinek śledziony. Następnie wyjmujemy na nowo śledzionę, cięciem poprzecznem, ku górze nieco wypukłem, długiem odpowiednio do szerokości śledziony nacinamy otrzewną, wyściełającą wewnętrzną ścianę klatki piersiowej w okolicy XI X. i IX. żebra. Potem na tępo palcami lub podważką oddzielamy otrzewne od jej podstawy, tworząc torebkę o dnie zaokrąglonem, zdolną do przyjęcia śledziony. Żeby torebka ta później nie powiększyła się pod uciskiem włożonej śledziony, zakładamy blizko jej dna kilka szwów węzełkowych. Brzeg jej przyszywamy do *ligamentum gastro-lienale*, które się o niego opiera. Dodać możemy jeszcze kilka szwów pomocniczych w otoczeniu, nawet jeden lub drugi przez sam miąższ śledziony. Również można też przed włożeniem śledziony do torebki poskrobać dolny jej odcinek, żeby w ten sposób podrażniona otrzewna tem pewniej zrosła się z ścianami torebki.

Powiedziałem już, że dobrze byłoby, gdyby można dla większej pewności i górny odcinek śledziony wsunąć w podobną, tylko w odwrotnym kierunku wydrążoną torebkę. Żeby sobie zadanie to ułatwić, trzebaby torebkę tę w środku przeciąć z góry do dołu. W ten sposób powstaną dwa płaty, któreby łatwiej można nałożyć na górny odcinek i następnie dopiero w środku napowrót szwem połączyć. W trudniejszych stosunkach możeby się udało przynajmniej wytworzenie jednego takiego płata a mianowicie przedniego, któryby przyszyty z góry do *ligamentum gastro-lienale* już na pewno utrzymywał śledzionę przytwierdzoną. Jeżeliby to się nie udało, to należy jednym lub kilku szwami starać się górny odcinek śledziony przytwierdzić do ścian.

W podobny sposób postąpiłem w swoim przypadku, z którego przebiegu później zdam sprawę, a teraz zadość czynię przedewszystkiem miłemu obowiązkowi podziękowania koll. Jordanowi i Paszkowskiemu za tak pod każdym względem arcyciekawy przypadek.

Rozumie się, że tylko dalsze doświadczenie rozstrzygnąć może o stopniu użyteczności opisanego sposobu i nasunąć ewentualne modyfikacye. Spodziewam się jednak, że myśl zasadnicza znajdzie w przyszłości zastosowanie.

Podobnie jak w przypadkach nerki ruchomej, wycinano z początku bez skrupułu nerki a dziś żaden chirurg już na to się bez specyalnego wskazania nie zgodzi. Tak, sądzę, być powinno i przy postępowaniu ze śledzioną ruchomą.

II. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Keratitis parenchymatosa.

Do połowy Września roku zeszłego stosowałem wstrzykiwania sublimatu w trzech tylko przypadkach tego cierpienia, wyniki zaś spostrzeżeń wypadły niepomyślnie; odtąd stosowałem środek w 12 przypadkach. Z tych w dwóch byłem zmuszony zaniechać stosowania sublimatu, ponieważ po czterech wstrzyknięciach nie dostrzegłem żadnego polepszenia (formy nieswoiste), z 3 zaś przypadków nie zdaję sprawy, gdyż nie spostrzegałem ich do końca.

1) Anna S., 18-letnia, cierpiąca od trzech tygodni. Zęby Hutchinsona, gruczoły cokolwiek obrzmiałe. Nacieczenie $^2/_3$ górnych części rogówek, podrażnienie nieznaczne. W odstępach trzechdniowych wstrzyknąłem sublimat po 6 razy do każdego oka. Atropiny wcale nie zapuszczałem. 22. Października zamglenie zajmuje w każdem oku tylko $^1/_4$ górnej części rogówki. O. pr V.=20/30. O. l. V.=20/50. Następnie jeszcze po dwa wstrzyknięcia do każdego oka, później *syrupus ferri jodati*.

2) Elżbieta N., 14-letnia, chora od dwóch miesięcy, od miesiąca z trudnością sama chodzi. Wyżyła już około 20 grm. jodku potasu; od początku stosowano atropinę. Obie rogówki zamglone o tyle, że tęczówki ledwo przeświecają, o tyle jednak tylko, że barwy ich poznać nawet nie można. Rogówki są unaczynione na całej przestrzeni, zwłaszcza w górnej części. Zęby prawidłowe, gruczoły nie obrzmiałe. Rodzice zupełnie zdrowi; podejrzenia co do kiły żadnego zgoła. Od 1. Grudnia 1893 do 1. Lutego 1894 roku po 15 wstrzykiwań do każdego oka. Rozczyn atropiny przez pierwsze 2 tygodnie po trzy razy dziennie, następnie przez 2 tygodnie raz na dzień; 5. Lutego 1894 roku O. pr V=20/100, O. l V.=20/70; w częściach środkowych rogówki tylko przy oświetleniu bocznem dostrzegamy nieznaczne zamglenia, naczynia zaś bardzo nieliczne dają się spostrzegać tylko w częściach obwodowych. Od 5. Lutego do 25. Lutego 1894 roku wstrzyknięto jeszcze po 3 razy do każdego oka; 28. Lutego 1894 roku O. pr. V=20/40, O. l. V=20/40+; rogówki prawie zupełnie przeźroczyste. Później kalomel.

3) Jerzy P., 20-letni, 10. Grudnia 1893. Cierpi na prawe oko od 3 miesięcy, lewe oko zupełnie zdrowe. Objawów kiły żadnych niema. Cała prawie rogówka jest zupełnie zamgloną, naczynia bardzo nieliczne, silne łzawienie i bóle w prawej skroni. Chory nie mógł poddać się na razie leczeniu; otrzymał atropinę, okłady ciepłe i miksturę Bietta. Zjawił się ponownie we dwa miesiące. Całą rogówkę prawego oka pokrywały zupełnie naczynia krwionośne. W rogówce lewego oka środkowe zamglenie miąższowe i unaczynienie górnej trzeciej części. Przez przeciąg miesiąca nie poddawał się następnie żadnej kuracyi (prócz atropiny). Od 10. Marca 1894 do 10. Kwietnia 1894 zrobiłem po 10 wstrzykiwań do każdego oka (obok stosowania nadal atropiny). W lewem oku nastąpiło znaczne polepszenie (V=20/100), natomiast rogówka prawego oka tylko znacznie zbladła. Następnie zrobiłem do lewego oka jeszcze 4, do prawego jeszcze 10 wstrzykiwań; 10. Maja 1894 V=20/50 (nieznaczne zamglenia środkowej części rogówki), prawa zaś rogówka zbladła zupełnie, lecz V=20/200, samo zaś zaćmienie przybrało barwę białawą. 10. Sierpnia 1894 O. l. V=20/40, O. pr. V = 20/200, później *hydr. rubrum*.

4) Jan P., 7-letni. Wyraźne oznaki wrodzonej kiły; chory na oczy od miesiąca. Prawa rogówka zupełnie zamglona i unaczyniona; liczy palce tylko na odległości 2', zamglenie lewej rogówki zajmuje większą znacznie górną jej połowę. Od 4. Marca do 22. Maja zrobiłem do prawego oka 15, do lewego 9 wstrzyknięć, poczem lewa rogówka stała się prawie przeźroczystą, na prawej zaś pozostały środkowe zamglenia. Później *laudanum liquidum* i mikstura Bietta.

5) Piotr P., 7-letni. Zęby Hutchinsona, bez żadnych oznak kiły. Sprawa miąższowa zajmuje górną połowę lewej rogówki; prawe oko zupełnie zdrowe. Od 4. Marca do 8. Maja 1894 roku wstrzyknąłem 6 razy, poczem zaćmienie zupełnie znikło. W końcu Maja zachorowało prawe oko; 15. Czerwca 1894 znalazłem w górnej połowie rogówki okrągłe, miąższowe zamglenie. Po czterech wstrzyknięciach (od 6. Czerwca do 6. Lipca 1894 r.) sprawa ustąpiła; pozostało nieznaczne zaćmienie.

6) Stefan N., 30-letni. Górną połowę prawej rogówki zajmuje gęste zamglenie, wcale naczyń nie posiadające; oko

to zachorowało przed 4 miesiącami, żadnych objawów kiły. Chorego od początku leczono atropiną, okładami ciepłymi i jodkiem potasu. Od 2 tygodni doświadcza łzawienia w lewem oku, którego rogówka jest również nieznacznie zamglona w obrębie odcinka zewnętrznego. Od 4. Lutego do 15. Marca 1894 roku wstrzyknąłem 8 razy do prawego oka; po upływie zaś tego czasu tylko przy pomocy oświetlenia bocznego w środku rogówki tego oka mogłem dostrzedz nieznaczne zaćmienie. Do lewego oka wstrzyknąłem sublimat tylko 3 razy, poczem zamglenie odcinka zewnętrznego ustąpiło zupełnie.

7) Antoni K., 22-letni. Blizny z obu stron szyi, gruczoły limfatyczne obrzmiałe. Obie rogówki zamglone tak dalece, że barwy tęczówki określić zgoła niepodobna. Zadrażnienie oczu bardzo znaczne. Od 10. Maja do 8. Sierpnia wstrzyknąłem do każdego oka po 11 razy sublimat. Już po 5 pierwszych wstrzyknięciach chory dość swobodnie mógł chodzić, 10. Sierpnia zaś O. pr. V=20/50, O. l. V=20/40; nieznaczne zaćmienia pozostawały tylko w środku rogówek. Później kalomel.

Tak więc z 9 przypadków spostrzeganych do końca tylko w dwóch wypadło zaniechać sublimatu. We wszystkich innych był on użyteczny, gdyż przebieg choroby o wiele był prędszy. Działał on skutecznie zarówno w przypadkach kiłowych, jakoteż powstałych i na tle innych skaz i tem prędzej, im wcześniejszym był okres cierpienia, w którym leczenie stosować zaczęto.

Choroby twardówki.

1) Jan S., 40-letni. Cierpi na oczy od 4 lat. Od tego czasu cierpienie powtarzało się 5 razy, z niewielkiemi przerwami. Obie białkówki, przeważnie w okolicy równikowej, mają barwę czerwoną z odcieniem fiołkowym. W zewnętrznym odcinku oka prawego a w górnym i wewnętrznym lewego powstały od 3 tygodni nowe ogniska cierpienia. Poprzednio stosowano ciepłe okłady, męsienie i salicylan sodu. Żadnej skazy ogólnej dostrzedz nie mogłem. Od 3. Marca do 12. Maja 1894 roku dokonałem po 6 wstrzykiwań do każdego oka, poczem nowe ogniska ustąpiły zupełnie, gdy poprzednio każdy napad trwał zwykle przeszło 3 miesiące.

2) Anna P., 38 letnia. Od 6 lat cierpiała trzy razy na ostry reumatyzm stawowy. Przed 2 laty zachorowała na prawe oko; plama czerwona na gałce bliżej rogówki, cierpienie trwało przeszło 3 miesiące. W miejscu odpowiedniem pozostała na białkówce plama niebieska. W połowie Kwietnia r. b. zachorowało lewe oko. 30. Kwietnia znalazłem ognisko *episcleritis*, które zajmowało znaczny odcinek zewnętrzny lewej gałki. Bóle były bardzo silne; nie ustępowały ani po okładach ciepłych ani też po antipyrynie i kokainie. Od 1. Kwietnia do 1. Maja zastosowałem 8 wstrzykiwań. Już po pierwszych dwóch wstrzyknięciach bóle ustąpiły zupełnie, po 8 zaś pozostała na gałce bardzo blada plama niebieska.

Choroby tęczówki.

W pierwszej swej pracy wspomniałem, że z pomiędzy 4 przypadków zapalenia tęczówki, w których stósowałem wstrzykiwania sublimatu, godne uwagi wyniki osiągnąłem w jednym tylko przypadku, w 3 zaś innych nie mogłem dostrzedz wpływu widocznego na przebieg cierpienia. Odtąd stósowałem sublimat w 15 przypadkach zapalenia tęczówki, z których w 8-miu była kiła, 7 zaś pozostałych zamieścić wypada w rubryce *ir. rheumatica*. Nie będę przytaczał nawet najkrótszych opisów przypadków z osobna, zwłaszcza że były to formy dość lekkie i niezadawnione. Najlepsze wyniki osiągnąłem w przypadkach kiłowych, jakkolwiek w żadnym przypadku nie osiągnąłem wyzdrowienia po jednem tylko lub 2 wstrzyknięciach, gdyż zwykle wstrzykiwałem sublimat 4 do 8 razy, w odstępach 1—2—3 dniowych. Przyznać mi się nadto wypada, że w żadnym przypadku nie odważyłem się wstrzymać od stósowania atropiny a to z powodu, że już z dawniejszych spostrzeżeń przekonać się mogłem, że sublimat, jakkolwiek zmniejsza już po pierwszem wstrzyknięciu zadrażnienie i bóle rzęskowe, nie działając jednak na źrenicę rozszerzająco, nie tylko nie jest w stanie rozerwać przyczepin już powstałych, lecz, jak się zdaje, nie jest nawet w stanie zapobiedz ich powstaniu. W jednym przypadku wcale nie ciężkiego nawet zapalenia swoistego, w którym w pierwszych dniach leczenia wstrzymałem się od zastosowania atropiny, przebieg choroby był wprawdzie przy użyciu sublimatu bardzo pomyślny, pozostały jednakże ostatecznie dość liczne przyczepiny, mimo nawet forsownego zapuszczania atropiny w późniejszym okresie leczenia. Zossenheim w 5 przypadkach zapalenia tęczówki (z tych 3 kiłowe) wcale nie stosował atropiny; o ile jednak w istocie sprawy te ustępowały bez przyczepin, z podanego opisu poszczególnych przypadków wnosić dokładnie nie możemy, gdyż autor stan źrenicy określa tylko słowami „źrenica okrągła". W każdym razie w przypadkach kiłowych, które spostrzegałem (należały one, jak wspomniałem już, do względnie łagodnych) wyzdrowienie, a wszystkie przypadki obserwowałem do końca, następowało w ciągu 8—16 dni. W przypadkach nie swoistych *iritis rheumatica*, bez wybitnych jednak objawów reumatyzmu, w żadnym nie widziałem działania równie pomyślnego, jak podaje Zossenheim. Również i w tych przypadkach zawsze stósowałem atropinę; natomiast nie stósowałem żadnych innych środków, wszystkie zaś przypadki miałem na oku aż do zupełnego wyzdrowienia. Wspomnę tu, że Zossenheim z pomiędzy 13 przypadków niekiłowego zapalenia tęczówki w 8 równocześnie z sublimatem stósował inne środki, 2 zaś przypadki nie były obserwowane do końca. Jedno tylko bezwarunkowo przyznać muszę, że wstrzykiwania sublimatu bądź co bądź skracają przebieg cierpienia.

Wspomnę jeszcze o 2 przypadkach *iritis serosa*.

1) Jerzy S., 30-letni, zecer. Od miesięcy był zmuszony zaniechać zwykłych zajęć. Refrakcya miarowa, żadnego podrażnienia, V = 20/200. Przy oświetleniu bocznem spostrzegamy bardzo nieliczne przyczepiny tylne, na błonie Descemetego obu rogówek dość obfite osady, zwłaszcza w dolnej połowie. Kile stanowczo nie podlegał; ogólny stan zdrowia najzupełniej zadawalający. Od 4. Lutego do 9. Marca 1894 roku po 7 wstrzyknięć do każdego oka (obok atropiny), poczem osady zupełnie znikły, przyczepiny są rozerwane, V=20/20.

2) Antoni J., 27-letni. Przed 4 laty cierpiał na kiłę. Przed 2 laty wystąpiły liczne wyrzuty na skórze; poddano go powtórnie leczeniu szaruchą i jodkiem potasu, nadto brał kąpiele siarczane na Kaukazie. Od pół roku zaczął doświadczać stopniowego upadku wzroku. Zadano wewnątrz 30 grm. K. I.; roztwór atropiny po 2 razy dziennie. Stan wzroku bynajmniej się jednak nie polepszył. 12. Kwietnia 1894 roku V=20/200 na lewem a 20/100 na prawem oku. Na torebce obu soczewek w pobliżu środka po kilka plamek barwikowych, świadczących o dawnych przyczepinach, prawdopodobnie rozerwanych przez atropinę; liczne osady na błonie Descemeta. Po 6 wstrzyknięciach sublimatu do każdego oka osady znikły a 30. Kwiet. było O. pr.=20/30, O. l. V=20/40; w tem ostatniem plamy barwikowe na torebce soczewki były znaczniejsze.

Żadnych innych środków leczniczych w obu przypadkach nie stósowałem a jednak przy dawniejszych sposobach leczenia równie pomyślnego przebiegu cierpienia nigdy nie widziałem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Pierwszy przypadek błonicy gardła i krtani leczony surowicą Behringa w Tarnowie.

Skreślił

Dr. Henryk Kowalski,

docent higieny w c. k. seminaryum nauczycielskiem.

Zaledwie trzy miesiące upłynęło od czasu, w którym najpierw Roux w Budapeszcie a w parę tygodni później Behring we Wiedniu podali zgodnie korzystne wyniki leczenia błonicy u ludzi surowicą Behringowsko-Ehrlichowską a już świat lekarski kontrolujący ich doświadczenia podzielił się na dwa sobie przeciwne obozy.

Gdy z niemieckich lekarzy Kossel, Strahlmann, Hager, Mosler, Borger, Baginsky, Korte i Widerhofer, z francuskich Martin, Chaillon, Simon i Moizard, z włoskich Risso i Mya, z angielskich: I. W. Horne, Mac Gregor, Heringham, Washburn, Goodall i Card, z polskich: Słapa, Bączkiewicz, Janowski, Merczyński i Kucharski — nie wypowiedziawszy jeszcze ostatecznego sądu — potwierdzają korzystne skutki surowicy leczniczej, wstrzykiwanej podskórnie w pierwszych trzech dniach choroby a prof. Jakubowski, aczkolwiek dotychczasowa obserwacya kilku, dotąd surowicą leczonych przypadków nie uprawnia go jeszcze do czynienia wniosków, zachęca jednakże do dalszych doświadczeń, to znów poważny zastęp lekarzy, rzecz dziwna, wyłącznie z samych Niemców złożony, jak: Emmerich, Bock, Samter, Ritter, Oppenheim, Cnyrim, Gottstein a głównie asystent prof. Virchowa, Hansemann występują przeciw stosowaniu surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej a to z tej przyczyny, iż nie ma ona uodporniającej mocy, nie wpływa pomyślnie na przebieg błonicy, co większa wywołuje dość często albo zapalenie nerek, albo zakażenie ustroju, cechujące się wysoką gorączką, obrzmieniem i bolesnością gruczołów chłonnych, osutką podobną do pokrzywki, bólami mięśni, stawów i głowy, tudzież uczuciem ogólnego osłabienia.

Jako zwolennik teoryi fagocytów Miecznikowa, uważając białe ciałka krwi nietylko za zdolne do walki z bakteryami, lecz i ich wytwory za odpowiednie do osłabiania jadu błoniczego, krążącego we krwi chorych na błonicę, mając na uwadze doświadczenia Gabriczewskiego [1]), przedsięwzięte zeszłego roku w instytucie Pasteura, iż surowica lecznicza działa dlatego korzystnie w błonicy, że wywołuje leukocytozę a ciałka białe krwi czyni sposobniejszemi do pożerania laseczników, nie widząc z zewnętrznego użycia chlorku pilokarpiny, mimo nim wywołanej leukocytozy [2]) pomyślnego przebiegu w błonicy w tych przypadkach, gdzie choroba zszedłszy z gardła na krtań, zakażając coraz więcej ustrój jadem błoniczym, zwężenie jej z następowem zatruciem krwi kwasem węglowym wywołała, a w których dotąd zawsze wykonywałem cięcie tchawicy z 55% tylko wyzdrowienia — poczytuję sobie za obowiązek podać do wiadomości Szanownych Kolegów przypadek błonicy gardła i krtani, leczony zapomocą intubacyi i surowicy Behringa, zawierającej zdaniem jego antytoksyny, działanie jadu błoniczego niszczące, nie tyle z chęci zwiększenia jednego z powyż wymienionych obozów, ile raczej w celu przedstawienia objawów chorobowych, ich interesującego przebiegu i praktycznych uwag, które mi się nasunęły podczas leczenia niniejszego przypadku tymi nowymi sposobami.

Dnia 26. Grudnia z.r. wezwali mię małżonkowie H. i R. E., mieszkańcy Tarnowa do swego synka Zygmunta, 27 miesięcy liczącego, trzeci dzień na gardło chorego, u którego wykryłem rozległe, dość grube, szaro-białawe naloty na obu migdałkach, chrypkę, pusty i suchy kaszel. Ciepłota ciała 37·5, tętno 120 a mocz nie zawierał białka. Z przyczyny, iż nie było jeszcze objawów zwężenia krtani, przepisawszy wewnętrznie chlorek pilokarpiny i wziewania z roztworu sublimatu, oznajmiłem rodzicom, że stan dziecka ze względu na zajęcie już krtani błonicą jest bardzo groźnym, a objaśniwszy ich następnie o pomyślnych skutkach intubacyi a względnie i tracheotomii, pouczyłem ich zarazem o korzystnych wynikach leczniczej surowicy Behringa, stosowanej w pierwszych trzech dniach choroby. Atoli, gdy na zapytanie ich, czy już w Tarnowie leczono jakie dziecko tą nową metodą, dałem im odpowiedź przeczącą, oświadczyli mi stanowczo, że nie życzą sobie, aby na ich dziecku z tymże środkiem czyniono pierwszą próbę.

Skoro dnia 27. Grudnia ciepłota z 37·5 podniosła się na 37·8 a tętno ze 120 na 140 i obok kaszlu bardzo suchego wystąpił zupełny bezgłos, przybiegł do mnie ojciec chorego z prośbą, abym u jego synka zastosował środek przeciwbłoniczy Behringa. Odstawiwszy chlorek pilokarpiny i wziewania ze sublimatu o godz. 5. popołudniu a więc w 4-tym dniu choroby po naradzie odbytej z kolegą Drem Trammerem, za pomocą dobrze wyjałowionej strzykawki Behringa wstrzyknąłem dziecku pod skórę w okolicy lewych, wrzekomych żeber 8 cm³ surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej Nr. 1., sprowadzonej przez aptekarza p. Adlera z fabryki Meister Lucius i Brüning w Hoechst, wypróbowanej i napełnionej tamże dnia 19. Grudnia z. r. i Nr. 113 oznaczonej. W godzinę po wstrzyknięciu ciepłota ciała podniosła się na 38·0, tętno spadło do 100 a liczba oddechów wynosiła 28; w nocy spało dziecko dość spokojnie i pociło się obficie.

Dnia 28. Grudnia rano chory niespokojny o sinawo-czerwonych wargach, oddycha ciężko wdechem daleko słyszalnym, skrzydła nosowe i mięśnie oddechowe pomocnicze pracują raźno, okolica wyrostka mieczykowatego zapada się podczas wdechu, nad płucami nie słychać oddechu pęcherzykowego, tylko świst udzielający się z tchawicy, słowem objawy znacznego zwężenia krtani. Wypociny na migdałkach o połowę mniejsze, ciepłota ciała 38·0, tętno 120, liczba oddechów 32, w moczu niema białka. Po zezwoleniu rodziców na intubacyę o godz. 11-tej przedpołudniem w asystencyi kolegi Dra Zbigniewicza założyłem do krtani jeden z metalowych, dobrze pozłoconych tubusów według systemu O'Dwyera, poczem nitkę do niego przymocowaną owinięto około ucha i przytwierdzono na policzku plastrem. Dziecko po wykaszleniu sporej ilości śluzu, zaczęło zaraz oddychać swobodniej; wkrótce jednakże wystąpiło u niego tak znaczne utrudnienie połykania, że chory choć z obniżoną głową nie mógł przełknąć nawet łyżeczki mleka, by się bardzo i długo nie krztusił. Celem utrzymania sił chorego poleciłem zadawanie co 6 godzin lawatyw odżywczych, złożonych ze szklanki po połowie zmieszanego rosołu z mlekiem, pół łyżeczki peptonu Kemmericha, jednego żółtka roztartego z gramem soli i dwóch łyżek dobrego wina tokajskiego. Gdy wieczorem ciepłota podniosła się do 39·0, tętno do 132 i stało się wiotkiem, a oddech syczącym z przyczyny zasychania śluzu w tubusie, gwoli podniecenia osłabionej czynności serca przepisałem czopki z 0·05 kamfory i 0·03 będźwinianu sodo-kofeinowego do zakładania co 4 godziny w odbytnicę, w celu zaś rozrzedzania śluzu w tubusie wziewania z roztworu dwuboranu sodowego 3 : 100 za pomocą rozpylacza Siegla.

Dnia 29. Grudnia rano ciepłota 38.5, tętno 124; wypociny na migdałkach prawie zupełnie znikły, pozostawiając

---

[1]) Annales de l' Institut Pasteur 1894, 25. Oct. i *Wiener Med. Wochenschrift* 1895. Nr. 1.

[2]) H. Kowalski: Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? *Medycyna* r. 1894. Nr. 34 i *Przegl. lek.* r. 1894 Nr. 37.

tu i owdzie resztki w kształcie cienkich nitek. Oddech przez tubus swobodny, zatrzymywanie lawatyw odżywczych dość długie. O godz. 7. wieczór dziecko senne, bezwładne, o policzkach bladych, wargach nieco sinawo-czerwonych, ciepłota ciała 40·0, tętno 160, nikłe, nieregularne, liczba oddechów 60, wymiar serca poprzeczny powiększony. Z ust nie czuć nieprzyjemnej woni; gruczoły chłonne podszczękowe nieobrzmiałe. W moczu nie ma białka a na skórze osutki; badanie fizyczne płuc nie wykazało żadnych zboczeń, oddech choć bardzo szybki, cechuje się wszędzie wdechem pęcherzykowym.

Nie mogąc sobie wytłómaczyć tego ciężkiego stanu, grożącego lada chwila porażeniem serca, jak tylko zatruciem ustroju dziecka toksynami, wydzielonemi z laseczników błoniczych, gdyż zrazowego zapalenia płuc nie było, choroba nie zeszła na tchawicę i oskrzela, krtań nie była punktem wyjścia gnilicy *(sepsis)*, gruczoły chłonne podszczękowe nie uległy zapaleniu a nerki były zdrowe, radziłem rodzicom ponowne wstrzyknięcie surowicy Behringa, zawierającej w sobie antytoksyny. Gdy do narady zawezwani koledzy dr. Trammer i dr. Zbigniewicz potwierdzili moje zapatrywanie, w obecności ich o godz. 9. wieczór, szóstego dnia choroby a w 52 godzin po pierwszem wstrzyknięciu, wstrzyknąłem 8 cm³ surowicy Behringa w okolicę lewych żeber wrzekomych, lecz nieco dalej ku tyłowi niż poprzednio, z flaszeczki tą samą datą próbowana i napełniania, co pierwsza oznaczonej. Już o godz. 11. w nocy stan ogólny dziecka poprawił się znacznie, senność ustąpiła, policzki zarumieniły się, ciepłota ciała opadła do 38·8, tętno do 136 a liczba oddechów do 48.

Dnia 30. Grudnia rano ciepłota 38·0, tętno 132, liczba oddechów 36, białka niema w moczu; zalecono dalej lawatywy odżywcze i czopki czynność serca wzmacniające. O godz. 8. wieczór ciepłota 38·3, tętno 128, liczba oddechów 38.

Dnia 31. Grudnia rano chłopczyk wesoły, bawi się zabawkami, ciepłota 38·2, tętno 120, liczba oddechów 32, kaszel dość częsty, wykrztuszanie śluzu wcale dobre, mocz nie zawiera białka, pragnienie dość wielkie, które z obawy przed zakrztuszeniem się podczas połykania wody, chory gasi wkładaniem palca do ust, zamaczanego poprzednio w zimnej wodzie. Wobec tak pomyślnego stanu chorego i swobodnego oddechania, postanowiłem wyjąć tubus, co też zrobiłem w asystencyi kolegi dra Zbigniewicza o godz. 11. przedpołudniem, poczem po wykrztuszeniu dość znacznej ilości śluzu dziecko swobodnie zaczęło oddechać a w 10 minut później i bez krztuszenia się połykać płyny.

Z prawdziwą też rozkoszą przypatrywaliśmy się małemu pacyentowi, gdy wobec nas wypił z wielką chciwością bez krztuszenia się najpierw szklaneczkę wody a następnie pół szklanki mleka. Od tego też czasu zaprzestano zadawania lawatyw odżywczych i czopków podniecających a zaleciwszy dyetę płynną, pożywną i spore dawki wina, przeciw chrypce obok wziewań z dwuboranu sodowego przepisano napar ipeki z będźwinianem i węglanem sodowym z dodaniem rozcieku ammonowo-anyżkowego. Wieczorem ciepłota 38.0, tętno 108, oddechów 28.

1. Stycznia b. r. zrana ciepłota 37·4, tętno 96, oddech 32. Po lewej stronie brzucha w miejscu, w którem zastrzyknięto surowicę Behringa, na zaczerwienionej skórze, w rozmiarze dwóch dłoni męskich widać osutkę w kształcie mnóstwa drobniuteńkich, nieco wystających, ciemno-czerwonych guziczków, tu i owdzie w pęcherzyki, płynem jasnym napełnione przeobrażonych. Po południu ciepłota 37·0, tętno 96, oddechów 28; po śnie dłuższym chrypka i suchy kaszel, który po uskutecznieniu wyż wymienionych wziewań staje się wilgotniejszym.

3. Stycznia rano ciepłota 36·8, tętno 96, oddechów 28; w moczu nie ma białka. Osutka zajęła plecy i oba pośladki a pęcherzyki w miejscu wstrzykiwań surowicy po pęknięciu pokryte są drobniutkimi, ciemnymi strupeczkami. Choremu, który pierwszy raz głośno przemówił, podano mięso i kompot.

4. Stycznia zrana ciepłota 37·0, tętno 96, oddechów 28; wysypka w miejscu wstrzykiwań surowicy zniknęła zupełnie, pozostawiając drobne łuseczki. Dziecko wesołe, mówi głosem zwykłym, lecz kaszle jeszcze czasami sucho, łaknie, śpi i trawi dobrze, w moczu ani śladu białka.

Od dnia 5. do 7. Stycznia włącznie ustąpiła osutka na plecach i pośladkach, ciepłota ciała była prawidłową a ogólny stan chorego, z wyjątkiem kaszlu, chwilami jeszcze pustego, był całkiem zadawalniający.

Dnia 8. Stycznia dziecko jako zupełnie zdrowe opuściło łóżko.

(Dokończenie nastąpi).

IV.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze!

Krótkie streszczenie wyników mej pracy nad znajdowaniem bakteryj gruźlicy w mleku wywołało obszerną odpowiedź prof. Walentowicza, mającą za zadanie przekonać czytelników *Przeglądu lekarskiego* 1) że moje doświadczenia były nieodpowiednio wykonane i 2) że tuberkulina nie ma wartości rozpoznawczej.

Przedewszystkiem oświadczyć muszę, że staram się zwykle, by w swoich wywodach nie ulegać bezwzględnie danym w literaturze, lecz sam wykonywam doświadczenia i wyprowadzam wnioski na zasadzie otrzymanych wyników. Tak też postąpiłem i obecnie. Gdy jeszcze nikt nie rozpoczął prób z mlekiem pod względem obecności bakteryj gruźliczych, wówczas wykonałem w Warszawie szereg doświadczeń na królikach. Wyraźnie zresztą o tem mówię w swojej pracy, ale tego prof. Walentowicz widocznie nie spostrzegł. W Krakowie wykonałem doświadczenia wyłącznie na świnkach morskich, gdyż zwierzę to jest znacznie wrażliwszem, o czem zresztą powszechnie wiadomo. Świnka jest tak wrażliwą na jad gruźliczy, że do zakażenia wystarcza nawet podskórne wstrzyknięcie nadzwyczaj małej nawet ilości, mianowicie pod skórę brzucha. Mleko znów, jako płyn zawierający bardzo wiele bakteryj gnilnych a nieraz i ropotwórczych wstrzykiwane do otrzewny, zbyt często wywoływać może ogólne zapalenie otrzewny i niepotrzebną stratę zwierząt oraz nieudanie się próby, gdyż śmierć następuje wcześniej, niż pojawienie się rozwoju gruźlicy. Przestrogę zatem co do sposobu wykonywania szczepień gruźlicy, do mnie przez prof. Walentowicza skierowaną, uważam za niesłuszną.

Doświadczenia swoje z tuberkuliną od czasu samodzielnego wykrycia sposobu jej przyrządzania a nawet nadania nazwy tuberkuliny i ogłoszenia sposobu otrzymywania przed publikacyami w tym względzie innych badaczy a nawet i samego Kocha ogłaszałem w *Gazecie lekarskiej* [1]), zkąd referaty były nietylko w *Przeglądzie lekarskim*, ale i w wielu czasopismach naszych i zagranicznych, np. w znanym powszechnie *Jahresbericht* Baumgartena. Jedną większą pracę wykonałem w Instytucie med. doświadczalnej w Petersburgu [2]), referat zaś z tej pracy był ogłoszony w *Centralblatt für Bakteriologie* [3]). Dziwnym zbiegiem okoliczności wszystkie te prace uszły uwagi prof. Walentowicza.

[1]) Gazeta Lekarska Nr. 4. i 30. r. 1891.
[2]) Archives de Méd. expér. 1892.
[3]) Centralbl. f. Bakter. T. XVI Nr. 22.

W szeregu tych prac mogłem się przekonać na kilkudziesięciu świnkach, królikach i innych zwierzętach z rozwiniętą gruźlicą o właściwości odczynu wywołanego przez wstrzyknięcie podskórne tuberkuliny. Corocznie zresztą na swoich wykładach pokazuję zwierzęta zaszczepione gruźlicą i traktując je tuberkuliną wespół ze zdrowemi zwierzętami mam sposobność naocznie wykazać działanie tuberkuliny. Odczyn nie występuje tam tylko, gdzie gruźlica doświadczalna nie zdołała się rozwinąć. Tak było np. u 2 krów, które nie zapadły na gruźlicę pomimo szczepienia zarazka, co prawda, w nadzwyczaj małej ilości. Doświadczeń nad bydłem wykonałem zresztą niewiele — ale wykonali je inni w wielkiej liczbie. Ponieważ od r. 1891. najwięcej może w tej mierze dokonał prof. Nocard, dyrektor szkoły weterynarskiej w Alfort, znany twórca metody hodowania gruźlicy, dlatego więc na niego się przedewszystkiem powoływałem w swej pracy. Nocard wykonał 1500 szczepień tuberkuliny i 192 autopsyj zwierząt, po szczepieniu zabitych. Wogóle prace Nocarda zasługują na streszczenie, które czytelnicy *Przeglądu lek.* otrzymają niebawem. Tam znaleść będzie można szczegółowe odparcie zarzutów prof. Walentowicza, który już zdołał przekonać się o bezużyteczności tuberkuliny.

Tymczasem przytoczę tylko kilka uwag Nocarda [1]. Najpierw oświadcza on, iż podziela ogólnie zresztą utarte przekonanie, że nie ma nic trudniejszngo nad kliniczne rozpoznanie gruźlicy w początkowym okresie rozwoju. Tak np. w r. 1893 w miasteczku Marmande został nagrodzony wół okazowy, zakupiony za 800 franków na rzeź. Pokazało się, że był on dotknięty gruźlicą płuc, opłucny i otrzewny i jako taki nie mógł być na zasadzie ustawy obowiązującej na jatki użyty, lecz mięso uległo zniszczeniu. Dlatego to właśnie odczyn tuberkuliny jest tak cenną wskazówką rozpoznawczą; wskazuje on bowiem te stadya rozwoju, których inaczej wcale rozpoznać nie można. Niekiedy ognisko gruźlicze jest tak małe, że trzeba wiele cierpliwości i wytrwałości, ażeby je odnaleść — a jednak skoro odczyn po tuberkulinie wystąpi, sumienne poszukiwanie zawsze je wykryje.

Tuberkulina zbyteczną jest tylko w tych razach, gdzie klinicznie żadnych wątpliwości co do gruźlicy niema. Gdy zwierzę gorączkuje, wówczas odczyn tuberkulinowy często zostaje zamaskowany. W takich razach nikt zresztą z wytrawnych weterynarzy nie pomyli się i bez tuberkuliny, gdyż suma objawów wystarczy do rozpoznania.

W innych chorobach tuberkulina wcale nie wywołuje odczynu gorączkowego. Tak twierdzi Nocard na zasadzie swych licznych poszukiwań. W jednym np. przypadku 18 sztuk bydła w Bois-Boudran, uznanych klinicznie za gruźlicze, na zasadzie działania tuberkuliny uznano za wolne od gruźlicy. Istotnie po zabiciu jednej z najbardziej podejrzanych sztuk pokazało się, że zwierzęta chorują na czerwiowe zapalenie oskrzeli *(bronchite vermineuse)*. Dwie krowy z promienicą szczęki, u których wystąpił odczyn po tuberkulinie, pokazały się choremi na gruźlicę i promienicę jednocześnie.

Ostatecznie Nocard przychodzi do wniosku, że tuberkulina jest środkiem „nieporównanej wartości rozpoznawczej.“ Tam, gdzie tuberkulina wskazuje obecność gruźlicy, autopsya zaś żadnych zmian nie wykazuje, należy raz jeszcze i to bardzo szczegółowe autopsyą powtórzyć a ognisko gruźlicze, nieraz bardzo drobne znajdzie się napewno. Inaczej należy twierdzić, że autopsyą źle wykonano, zmiany zaś gruźlicze przeoczono.

Widzimy więc, o ile słusznym być musi ten najważniejszy zarzut prof. Walentowicza, co do zawodności tuberkuliny w rozpoznaniu gruźlicy.

Inne zarzuty prof. Walentowicza tracą znaczenie wobec nieutrzymania się tego pierwszego. Cóż bowiem znaczyć może, że tuberkulina jest za drogą (porcya jej kosztowałaby u nas w Krakowie około 50 ct.) skoro buhaj próbowany tuberkuliną w Niemczech, ceniony jest o 100 marek wyżej, niż niewypróbowany. Dalej zarzuca prof. Walentowicz, że potrzeba dużo termometrów do mierzenia ciepłoty, oraz znacznej liczby pomocników. Jeżeli się ma dostateczną wprawę w eksperymentowaniu ze zwierzętami, to wszystkie te trudności nie wyrastają do tak poważnych rozmiarów. Wówczas i „kopnięcia“, którego się obawia prof. Walentowicz, można uniknąć dosyć łatwo. I ten bowiem zarzut zrobiono przeciw tuberkulinie. Gdyby to wszystko miało nas przejmować obawą, wówczas należałoby naprawdę pomyśleć nad tem, czy raczej nie powinniśmy z naszych pracowni wogóle usunąć doświadczeń na zwierzętach, które mogą kopać, kasać, bóść itp.

Nie mogę również uznać zarzutu szkody materyalnej, jaka wyniknie, zdaniem prof. Walentowicza, ze zniszczenia doraźnego wielkiej ilości bydła w danej oborze. Twierdzenie to pozostaje w sprzeczności z innem, które prof. Walentowicz sam z zupełną słusznością dalej wypowiada co do chorób zakaźnych, które tak skutecznie w Galicyi wytępiono, tylko dzięki doraźnemu tępieniu zwierząt chorych. Jeżeli bowiem uznamy gruźlicę za chorobę zakaźną, to trzeba zniszczyć źródło zakażenia. Inaczej żadne ustawy ani rozprawy nic nie pomogą. I tu zresztą jest rada. Bydło uznane za dotknięte początkami gruźlicy radzi Nocard wypasać i na rzeź oddawać, zanim gruźlica mocno się rozwinie. Sztuki zakażone należy tylko oddzielić od zdrowych, ażeby uchronić je od ciągłego i bliskiego obcowania i bezpośredniego zetknięcia *(cohabitation intime et prolongée)* które i Nocard za najważniejsze uznaje, a co do którego prof. Walentowicz wypowiada pewne wątpliwości.

W końcu niesłusznie zarzuca mi prof. Walentowicz, jakobym miał siebie uważać za pierwszego, który u nas zajmował się kwestyą gruźlicy. Zaiste zbyt skromnie sądzi o mnie prof. Walentowicz! Twierdzeniem takiem ubliżyłbym istotnie tym wszystkim, którzy przede mną tą kwestyą poważnie się zajęli, a w których liczbie i siebie sam prof. Walentowicz wymienia

Twierdzę tylko, że doświadczalnie nad gruźlicą i rozpoznaniem za pomocą tuberkuliny za mało u nas zrobiono. A co do badań nad mlekiem, o ile mi z literatury wiadomo, nikt chyba w Polsce doświadczalnie gruźlicy nie poszukiwał. Jeżeli zaś tak jest, to oczywiście pierwszeństwo do mnie nie należy, ale mi też o nie wcale nie chodzi.

---

[1]) Nocard. Prophylaxie de la tuberculose bovine. 3. Congres de la tuberculose 1893. — La tuberculose. Diction. Veter. Pratique 1892. — La tuberculose bovine. Bordeaux 1894.

V.

Na powyższe pismo otrzymujemy następującą odpowiedź:

Nie miałem zamiaru zajmować się więcej publikacyą prof. Bujwida; z uwagi jednak na niektóre pozorne zarzuty w niej zamieszczone zmuszony jestem jeszcze raz głos zabrać. Mianowicie zwracam uwagę, iż nie odmawiałem w swojej krytyce tuberkulinie pewnej wartości dyagnostycznej, lecz sprzeciwiłem się tylko wyrażeniu, że jest doskonałym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy. Chcących się zaś o prawdziwości mojego oświadczenia przekonać, odsyłam do pierwszorzędnych dzienników zawodowych jak: *Zeitschrift fur Thierheilkunde und vergleichende Pathologie* w Lipsku, *Archiv f. prakt. u. wiss. Thierheilkunde* w Berlinie, *Viertel-jahresschrift f. Veterinärkunde* w Wiedniu i t. d. redagowanych przez znanych, znakomitych zoopatologów jak Bollingera, Johnego, Friedbergera, Schütza, Csokora i innych. Jeżeliby zaś ktoś życzył sobie mieć w krótkości zestawione i ocenione wszystkie wyniki o wartości tuberkuliny, znajdzie je w klasycznem dziele pod tytułem: *Specielle Pathologie und Therapie der Hausthiere*, przez prof. Friedbergera i Fröhnera w tomie II-gim na str. 560 i 561. Powoływanie się prof. Bujwida na spostrzeżenia jedynego Nocarda, który zresztą w nauce do wyroczni nie należy, nie może być przecież decydującem wobec tysięcy eksperymentów, dokonanych w Niemczech, Danii, Austryi i innych krajach. Że Nocard wyczytawszy o niekorzystnych wynikach, otrzymywanych tu i owdzie po zaaplikowaniu tuberkuliny, zarzucił z właściwą Francuzom pewnością pierwszym zoopatologom, iż sekcye niedokładnie robiono, pochodzi ztąd, że nie umiał sobie wytłómaczyć tego zjawiska, które dzisiaj naukowo wyjaśnione zostało. Mianowicie pierwszy Centanni w pracy: *Ueber das Infektionsfieber. Deut. med. Wochenschrift.* 1894. Nr. 7. następnie Prus w pracy: O działaniu malleiny na krew w *Przegl. weterynarskim* 1894. we Lwowie, oraz przedewszystkiem Eber w pracy: *Ueber das Wesen der sogenannten Tuberkulin- und Malleinreaction. Deutsche Zeitschrift f. Thiermedicin u. vergleichende Pathologie.* Tom XXI. Zeszyt 1—2. 1894, wykazali, że w produktach wymiany bakteryj jakoteż i w ich wyciągach znajduje się substancya, t. z. pirotoksyna, działająca na ośrodki termogenetyczne w ten sposób, że po wprowadzeniu n. p. do ustroju tuberkuliny, która względną ilość pirotoksyny zawiera, sumuje się jej pirotoksyna z pirotoksyną znajdującą się w ustroju dotkniętym gruźlicą, wywołując zadraźnienie ośrodków cieplikotwórczych. Jeżeli połączone pirotoksyny są w małej ilości, to ciepłota pozostaje niezmienioną; jeżeli ilość pirotoksyn jest znaczniejszą, to nastąpi podrażnienie tych ośrodków i ciepłota się podwyższy; gdy zaś będzie zawielką, to występuje nawet porażenie ośrodków i obniżenie się ciepłoty ciała. Te wywody tłómaczą nam dostatecznie, dlaczego w rozległej gruźlicy bydlęcej nie otrzymujemy reakcyi a dlaczego pojawia się ona po zaaplikowaniu tuberkuliny w innych chorobach zakaźnych, jak n. p. promienicy i t. p.

Prawdą jest, że po pierwszych próbach z tuberkuliną na bydle zapanował podobny entuzyjazm między hodowcami, jaki zapanował między lekarzami za pojawieniem się tuberkuliny. Dzisiaj on ostygł a amatorów na płacenie 100 marek więcej za buhaja tuberkuliną badanego trudno będzie znaleść. Na przypuszczenie, że badane bydlęta a względnie stadniki, okazujące hipertermią czyli gruźlicą dotknięte, nie potrzebują być wybijane, lecz odosobnione i tuczone, muszę zwrócić uwagę prof. Bujwida, iż tuberkulina nie jest obojętną dla ustroju, lecz silną trucizną wywołującą białkomocz, zapalenie nerek i różnorodne zwyrodnienia innych miąższowych narządów a przedewszystkiem porażenie mięśnia sercowego, lecz co gorsza, jak wykazał Hess, prosektor z Berna szwajcarskiego na kongresie higienicznym w Budapeszcie ubiegłego roku, iż w krótkim czasie po injekcyi tuberkuliny znalazł u takiego bydła po zabiciu zupełnie świeże nacieki gruźlicze, w ogóle bardzo znaczne zaostrzenie się sprawy chorobowej, która przecież na tuczenie niekorzystny wpływ wywierać musi.

Co się tyczy zarzutu, iż pominąłem publikacye prof. Bujwida, to muszę wyjaśnić, iż nie miałem na myśli jego prac w ogóle nad tuberkuliną i prac nad myszami, królikami, lecz prace odnoszące się do szczepienia bydła, a których nadaremnie szukałem w zawodowych pismach, gdzie wszystkie *in extenso* lub przynajmniej w streszczeniu są umieszczone. W sprawie zaś badania pod względem gruźlicy zapomocą wstrzykiwania śródotrzewnowego mleka podejrzanego morskim świnkom, to opierałem się na opinii pierwszorzędnych eksperymentatorów, jak Arloing, Bollinger etc., którzy ten sposób badania mleka co do prątków gruźliczych uważają za najpewniejszy i którzy umieją pracować i dla nauki już dotąd wiele zrobili. O ropnem zapaleniu otrzewny po zastrzyknięciu nie wspominają wymienieni autorowie, a ja także robiąc doświadczenia od kilku tygodni na małym wprawdzie materyale, mogę poświadczyć, że morskie świnki w ten sposób szczepione, są do dziś dnia zupełnie zdrowe i można je każdej chwili zobaczyć w mym zakładzie. Przytem wypada mi nadmienić, że ani nie odmawiałem, ani nie odmawiam prof. Bujwidowi pierwszeństwa co do badania mleka pod względem prątków gruźliczych w Krakowie; wspomnę tylko, że już przed czterema laty badałem także mleko krakowskie w tej mierze przez wydzielanie sernika i szukanie w nim po zabarwieniu prątków. Ponieważ rzecz nie wydawała mi się ani nową, ani też przedstawiającą wielkiego interesu naukowego, przeto jej nie ogłaszałem, tak jak to samo czynią zakłady kliniczne u nas, które ustawicznie badają plwociny i inne wydzieliny co do obecności prątków gruźliczych.

W końcu muszę oświadczyć prof. Bujwidowi, że w sprawie zachowania się wielkich zwierząt, jak buhajów w obec szczepienia i podobnych zabiegów uważam siebie za nierównie kompetentniejszego na podstawie więcej niż 20-letniej rozległej praktyki, którą obecnie z powodu zajęcia naukowego zarzuciłem. Otóż tego rodzaju zwierzęta, jak stadniki są zwykle wielce złośliwe, w skutek czego udaremniają często wszelkie zabiegi, czy to zapobiegawcze, czy lecznicze lub doświadczalne, przyczem nierzadko swojem wrogiem zachowaniem się zagrażają zdrowiu i życiu leczącego lub eksperymentatora; kopnięcie należy jeszcze do mniejszych uszkodzeń.

Upraszając Szanowną Redakcyę *Przeglądu lek.* o umieszczenie niniejszego sprostowania, donoszę zarazem, że tem pismem uważam dalszą polemikę ze swej strony za skończoną.

Prof. Dr. Walentowicz.

VI Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

II.

Choroby pochwy.

Atresia vaginae	2
Carcinoma vaginae	1
Fistula recto-vaginalis	1
Fistula urethro-vaginalis	1
Fistula vesico-vaginalis	10
Fistulae vesico- et urethro-vaginales	1
Fistula vesico-uterina externa	5
Fistula vesico-uterina interna	2
Inversio vaginae	9
Prolapsus vaginae anterior	2
Prolapsus vaginae posterior	3
Stenosis vaginae acquisita	1
Razem	37

1) *Carcinoma vaginae*. L. p. 137. J. M., lat 28, zam., ze Słomnik. Rozpoznanie: *Carcinoma vaginae in pariete dextra*. Leczenie: *Excisio carcinomatis, sutura*.

Wywiady: Miesiączkuje od 16. roku prawidłowo. Zamężna od lat sześciu. Rodziła dwa razy, ostatni raz przed siedmiu miesiącami. Porody były prawidłowe.

W pierwszym połogu przed 5 laty chorowała przez cztery tygodnie wśród gorączki i dreszczów Obecnie karmi. Od czterech miesięcy miewa krwawienia, przeplatane brudnymi upławami. Czasem krwawienia te są znaczne i wtedy obok krwi płynnej odchodzą skrzepy krwi Przez trzy miesiące miewała silne bóle w krzyżach, od miesiaca zaś nie ma żadnych dolegliwości. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, budowy dość dobrej, miernie odżywionej, niedokrewna. Gruczoły limfatyczne w obu pachwinach wymacalne. W pochwie wyczuwa się twór kalafiorowaty, wielkości małej pięści, kruchy, wychodzący z bocznej prawej ściany pochwy, z którą stoi w związku na przestrzeni wielkości florena. Część pochwowa zaledwie zaznaczona, ujście zewnętrzne poprzeczne, o brzegach gładkich, dla palca niedrożne. Trzon macicy mniejszy leży horyzontalnie. Po wyjęciu palca z pochwy silne krwawienie.

Dnia 14. Czerwca w narkozie chloroformowej po ściągnięciu guza za pomocą szczypczyków Muzeuxa prawie aż do szpary sromnej, rozszerzonej odpowiednio przez wykonanie obustronnej epizyotomii, okrojono błonę śluzową pochwy do około guza w odległości prawie centymetra od nowotworu i następnie tumor wycięto. Odcięcie guza od podstawy nie przedstawiało wielkich trudności, gdyż tkanka łączna podśluzowa była tak nieznacznie zajęta, że pozornie przedstawiała się prawidłową; dopiero badanie mikroskopowe po operacyi wykazało i wśród niej ogniska rakowe tak, że nie ma pewności, czy nowotwór wycięto w całości.

Następnie pozostałą ranę zespojono szwami jedwabnymi, węzełkowymi, pozostawiając dostateczną szparę do odpływu wydzieliny. Po zeszyciu obu ran po epizyotomii wytamponowano pochwę gazą jodoformową. Przebieg gojenia się rany był korzystny.

Tak jak przewidywaliśmy, tylko nieco rychlej, bo już w Październiku z. r. zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z nawrotem dawnego cierpienia. Ponieważ przypadek ten stał się obecnie z wielu względów interesującym a badania nad przyrodą recydywy są w toku, przeto przypadek ten w swoim czasie będzie dokładnie opisany.

2) Przetoki między przewodem rodnym a organami moczowymi.

W ubiegłym roku szkolnym operowaliśmy z powodu tego cierpienia 14 razy a mianowicie w przypadkach:

przetoki cewkowo-pochwowej	1 raz
„ pęcherzowo-pochwowej	9 razy
„ pęcherzowo-mac. zewn.	4 „

Z tego wyleczono 8 przypadków a mianowicie:

przetok pęcherzowo-pochwowych	6 razy
„ pęcherzowo macicznych	2 „

Przetoki operujemy metodą zaleconą w Ameryce przez Simsa i Bozemana. Jeżeli zachodzi potrzeba zabiegów przygotowawczych, t. j. rozszerzenia zbliznowaconej pochwy, zakładamy do pochwy kule Bozemana a w niektórych cięższych przypadkach przecinamy nadto blizny nożem gałkowatym. Pacyentki do zabiegu operacyjnego układamy zawsze w położeniu kolankowo-łokciowem. Dawniej używaliśmy do tego celu krzesła Bozemana; obecnie przyszliśmy do przekonania, że krzesło to jest niewygodne dla operatora a dla pacyentki wcale nie uprzyjemnia niemiłej i niewygodnej sytuacyi. Nadto ujemne parcie w jamie brzusznej, które charakteryzuje to ułożenie i sprawia, że do pochwy wpływa powietrze i rozszerza ją, — nie objawia się albo wcale albo tylko niewyraźnie na tem krześle, przez co korzyści tego położenia, tak słusznie i wyczerpująco ocenione przez genialnego jego wynalazcę [13]), staja się illuzoryjne Bardzo być może, że tylko nasze krzesło kliniczne ma te braki, w zasadzie zaś jest przyrząd Bozemana dobry, skoro używają go i on i Neugebauer, otrzymując tak znakomite rezultaty operacyjne. Przetokę odsłaniamy za pomocą wziernika Simsa lub Simona i staramy się, o ile być może, sprowadzić ją ku wejściu do pochwy szczypczykami (*Kugelzange)* i haczykami. Okrwawiamy szeroko wedle przepisów Simsa i Bozemana a nauczeni niedawno kilkoma smutnymi doświadczeniami, o których później, zwracamy baczną uwagę na krwawienie, zwłaszcza z bocznych kątów przetoki. Szyjemy zawsze srebrem i nie mamy powodu uskarżać się na ten materyał; owszem jego łatwa do uzyskania i utrzymania aseptyczność, dalej ten szczegół, że nie widzieliśmy nigdy na nim złogów moczanowych, wyróżniają go korzystnie od innych.

Przeciw niemu przemawiać może chyba tylko to, że założenie go, zwłaszcza w trudniejszych okolicznościach nie zawsze jest łatwe i wymaga pewnej wprawy, ale to samo da się powiedzieć i o innych materyałach używanych do szwów, n. p. o jedwabiu, którego zawęźlenie w głębi pochwy bywa czasem bardzo trudnem. Szwy zakładamy gęsto, unikając skrzętnie wszelkiego okaleczenia błony śluzowej pęcherza i zakręcamy je dopiero po założeniu wszystkich. Ranę oczyszczoną należycie i wysuszoną zasypujemy grubą warstwą mięszaniny dermatolowej, podanej do użytku w ginekologii przez jednego z nas [14]) *(Dermatoli 80, Jodoformii, Acidi borici aa 10)* a do pochwy wsuwamy wąski strzęp suchej gazy jodoformowej. Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to jest ono łatwe i proste. Chorej odprowadzamy mocz co 2 do 3 godzin aż do wyjęcia szwów, w niektórych przypadkach tylko przez pierwszych kilka dni. Pozostawienie cewnika komornem *(à demeure)* stosujemy coraz rzadziej. Chora wstaje z łóżka dopiero po usunięciu szwów. Ranę w pochwie opatrujemy co dwa dni, począwszy od 4-go dnia po operacyi, przyczem zmieniamy gazę i dermatol. Robimy

[13]) Sims: Gebärmutter-Chirurgie 1870. s. 11.

[14]) Świtalski: Dermatol w ginekologii i położnictwie. *Przegląd lekarski* 1893. Nr. 18.

to, o ile być może, jak najdelikatniej i na sucho. Zupełnie bezczynne wyczekiwanie na zgojenie się rany nie wydaje nam się właściwem, gdyż w pochwie jest niezmiernie trudno utrzymać stósunki potrzebne do doraźnego gojenia się rany.

Chora przeczyszczona należycie przed zabiegiem, pozostaje przez pierwsze 3 dni na dyecie ścisłej, poczem sprowadzamy wolne wypróżnienie.

Szwy wyjmujemy między 8. a 12. dniem. Rękoczyn ten wymaga pewnej wprawy i bywa czasem wprost trudnym. Wprawa, cierpliwość i delikatność są przytem niezbędne, gdyż manipulujemy ze świeżo zgojoną raną, która przy nieoględnem postępowaniu mogłaby się rozejść, jak to się stało w 20 dni po udałej operacyi Emmeta[15]) w skutek zwykłego badania przez pochwę. Po wyjęciu szwów wysuszamy pochwę i zasypujemy ranę dermatolem. Gazy już nie zakładamy. Chora wstaje z łóżka i oddaje mocz sama.

Niezwykle często, bo aż w 3 przypadkach widzieliśmy po operacyi krwotok, dwa razy nawet groźny i w wysokim stopniu niepokojący. W jednym przypadku był on rzeczywiście następowym i pojawił się dopiero w 48 godzin po operacyi, w dwóch zaraz po zabiegu.

Czy opisując te przypadki przyznajemy się tem samem do winy i do jakiegoś błędu operacyjnego? Sądzimy, że nie, i postaramy się zdanie to uzasadnić. Przedewszystkiem oddzielić musimy przypadek, w którym krwawienie wystąpiło w 48 godzin po zabiegu, od dwóch innych.

Najzupełniej podzielamy zdanie Ziembickiego[16]), wypowiedziane na zjeździe brukselskim, że krwawienie to jest następstwem przecięcia rozszerzonych żył przez pętle szwu srebrnego. Jeżeli Pozzi twierdzi[17]), że przyczyna tego krwawienia tkwi w jakimś błędzie operacyjnym, to przecież może mieć na myśli albo zbyt rozległe i głębokie okrwawienie, albo skaleczenie błony śluzowej, albo w końcu niedostateczne zatamowanie krwotoku operacyjnego. Nie wiemy, czy jakiś inny błąd w technice operacyjnej mógłby w ogóle sprowadzić krwawienie. Ale te wszystkie wymienione błędy, o które rzeczywiście możnaby obwiniać chirurga, muszą objawić się zaraz po operacyi, jak w naszych dwóch przypadkach, ale nie w 2-gim lub 3-cim dniu. Więc może, jeżeli przecięcie szwem jest przyczyną krwawienia, błąd był w tem, że srebro było zbyt mocno zaciągnięte. I to nie wydaje się nam prawdopodobnem, gdyż, o ile być może, zakręcamy szwy niezbyt mocno. Przeciwnie zdaje nam się, że przyczyna tkwi w indywidualnej kruchości tkanek chorej a każdy chyba ginekolog zrobił to spostrzeżenie, że u niektórych pacyentek szwy, srebrne czy jedwabne, przecinają pochwę bardzo łatwo, u innych wcale nie. Czy ta kruchość nie zawisła właśnie od rozdęcia poporodowego żył, na które nacisk kładzie Ziembicki, nie wiemy, ale *a priori* wydaje się to prawdopodobnem. Również nie należy o tem zapominać, że błona śluzowa, którą szyjemy, znajduje się w stanie nieprawidłowym, będąc przez czas dłuższy macerowana spływającym moczem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fizyologia.

Boyer i Guinard: O nieprzepuszczalności fizyologicznej przybłonka pęcherza moczowego.

Już *a priori*, zastanawiając się nad czynnością fizyologiczną pęcherza moczowego w ustroju, przyjść należy do wniosku, że ściana jego nie ma zdolności wchłaniania. Sama budowa anatomiczna jego ściany o przybłonku wielowarstwowym, nieodpowiednim do czynności chłonnej, nadto jego rola zbiornika, służącego do wydalania z ustroju wytworów przemiany materyi rozpuszczalnych, przeczą możności wchłaniania płynu, znajdującego się wewnątrz pęcherza; w przeciwnym razie cała ta czynność wydzielnicza utworzyłaby błędne koło bez wyjścia, sam zaś pęcherz przemieniłby się w istną „beczkę Danaid“. To też obecnie w fizyologii panuje zgodność w zapatrywaniach na nieprzepuszczalność przybłonka zdrowego pęcherza. Jednakże ostatnimi czasy zjawiły się głosy, kwestyonujące pewność tych zapatrywań; niektórzy badacze na podstawie doświadczeń zaczęli znów zwracać uwagę na możność resorpcyi z pęcherza i nawet na zasadzie tego polecali używanie pęcherza, jako jednej z dróg do wprowadzania środków lekarskich.

Chcąc sprawę tę ostatecznie rozstrzygnąć, wykonali autorzy w pracowni prof. Arloinga w Lugdunie szereg doświadczeń na psach, którym wprowadzali do pęcherza różne środki, głównie roztwory wodne mocno trujących alkaloidów w ilościach zabójczych po wprowadzeniu do ustroju innemi drogami. W pierwszej seryi doświadczeń po zrobieniu laparotomii podwiązywano ujścia obudwóch moczowodów do pęcherza i cewki moczowej, poczem do tak zamkniętego pęcherza wprowadzano strzykawką o bardzo cienkiej igle, wbitej w wierzchołek pęcherza owe roztwory. Jak łatwo zauważyć, ten sposób wykonywania doświadczeń jest nieodpowiedni, gdyż operacya jest sama przez się tak ciężką dla operowanego zwierzęcia, iż mowy tu być nie może o wchłanianiu w stosunkach, choć w przybliżeniu normalnych. Pomimo to z pięciu operowanych w ten sposób zwierząt po wstrzyknięciu im 5—10 centygr. strychniny, cztery zostały zabite w 5—7 godzin, nie zdradzając do tego czasu wcale objawów zatrucia strychniną, piąty zaś padł wskutek takiego zatrucia już w 2 godziny po wprowadzeniu roztworu. Na sekcyi znaleziono u niego wybitne zmiany w przybłonku pęcherza. Dla tego też zupełnie słusznie porzucili autorzy to postępowanie i przeszli do sposobu, o ile możności, jak najłagodniejszego, któryby dawał możność niezmieniania stosunków fizyologicznych.

W tym celu wprowadzali oni przez cewkę do pęcherza cieniutki cewnik kauczukowy, przez który strzykawką wstrzykiwali 5 cm³ roztworu jednego z alkaloidów trujących, ogrzanego do 35°; potem zwierzęta kładziono do klatek, odpowiednio urządzonych. Psy te pozbawione możności ruszania się i biegania mogły nie oddawać moczu w ciągu 10, 15, 16 nawet 20 godzin, zatrzymując w ten sposób wprowadzane środki razem z nagromadzającym się moczem a więc w stosunkach rzeczywiście prawidłowych. W ten sposób wykonali oni 20 doświadczeń, w których wprowadzono do pęcherza psom roztwory alkaloidów w dawkach bezwzględnie trujących (0·50 kokainy, 0·20 morfiny, 0·1—0·20 pilokarpiny, 0·10 atropiny, 0·05 ezeryny, 0·04—0·10 strychniny etc.). Wszystkie zwierzęta pozostały przy życiu, jakkolwiek badanie moczu wykazywało zawsze obecność wprowadzonego środka. Na tej więc podstawie twierdzą autorzy, iż nieuszkodzony przybłonek pęcherza zdrowego nie wchłania wcale lub też w stopniu tak słabym, że wyników tego wchłaniania wykazać nie można.

W ostatniej części pracy przeprowadzają Boyer i Guinard polemikę z autorami, którzy do innych doszli rezultatów, głównie zaś z pracą Bazy i Sabatiera, których metoda doświadczalna była prawie taka sama. Odmienne wyniki otrzymane przez tych objaśniają tamci użyciem nieodpowiednich roztworów, a mianowicie w takiem stężeniu, w jakiem płyny te już same przez się działają drażniąco na błonę śluzową. Wywołane przez to podrażnienie tej błony, przekrwienie i uszkodzenie przybłonka znosi tę zaporę, jaką stawia przenikaniu płynów warstwa przybłonkowa, i odtąd wchłanianie jest możliwe. Zupełnie inne własności pod tym względem posiada błona śluzowa cewki moczowej i dla tego zważać należy, aby przy wyprowadzaniu cewnika płyn nie dostawał się do cewki. Takie samo zdanie co do nieprzepuszczalności prawidłowego przybłonka pęcherzowego wyraził niedawno profesor Guyon. *(Archives de méd. expérim. et d'anatomie pathol.* 1894. VI. str. 883). *Dr. Kryński.*

[15]) Emmet: Principien und Praxis der Gyn. 1881 s 476

[16]) Congres périodique international de Gyn. 1894 s. 460

[17]) Pozzi: Traité de gynecologie 1892. s 956

Choroby zakaźne.

Leczenie błonicy surowicą Behringa. (Sprawozdanie z odczytu prof. Widerhofera w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem w dniu 21. Grudnia 1894).

Widerhofer leczył od Października do pierwszego tygodnia Grudnia z. r. a więc w czasie, gdy błonica zwykle cięższy okazuje przebieg, 160 przypadków jedynie zapomocą surowicy Behringa. Baczyć należy, że W. wstrzykiwał surowicę i w najcięższych przypadkach i w późnych okresach choroby. (Nadmienię tu, że W. pod względem rokowania dzieli przypadki błonicy na 1. lekkie, 2. ciężkie, 3. niepewne co do rokowania i 4. w których z największą pewnością spodziewać się można zejścia śmiertelnego). Z 100 tych przypadków zmarło 24, 74 zaś wyleczono a d w a j chorzy są w leczeniu; śmiertelność więc = 22%, podczas gdy śmiertelność w ubiegłych miesiącach b. r. wynosiła 52·6%; w trzech zaś poprzedzających latach 34·2%, 39% i 44%. Biorąc cyfry średnie, począwszy od r. 1862 (w szpitalu św. Anny), śmiertelność waha się między 32·3% i 71·9%. Do dat statystycznych w leczeniu surowicą wliczone są i te przypadki śmierci, w których po ustąpieniu błonicy dzieci pozostając w szpitalu nabawiły się płonicy, odry, zapalenia płuc i t. d.

W 12 przypadkach z wynikiem śmiertelnym sekcya wykazała krup zstępujący i w tych za życia wykonano intubacyę a w 9 z tych nawet tracheotomię. W 2 przypadkach wykryto odrę i zapalenie płuc nieżytowe; w jednym gruźlicę z wysiękiem opłucnowym, w jednym samą błonicę, w 5 sprawę gnilną, w jednym błonicę z obrzękiem głośni, a w jednym wreszcie płonicę i nieżyt drobnych oskrzeli. Jeden z pięciu uległych zakażeniu okazywał poczynające się zapalenie nerek; w 3 wykazano zapalenie nerek krwotoczne ostre *(nephritis haemorrhagica acuta)* a w jednym przypadku zapalenie zatorowe nerek (Kolisko).

Prątki Lofflera-Klebsa wykryto w 96 przypadkach, dwa przypadki nie mogły być zbadane, gdyż dzieci wnet zmarły a w dwóch nie wykazano prątków. W każdym zaś prawie przypadku były streptokoki, stafilokoki a w niektórych nawet ostatnie przeważały nad prątkami.

Co do działania surowicy Behringa, to już po 12 godzinach w formach czystych wypociny, przedtem żółtawe stawały się mleczno-białe i oddzielały się szybko; w formach zaś mieszanych sprawa ta odbywała się wolniej a oddzielanie się błon nie było tak dokładne. Po 24 godzinach dostrzeżono ustąpienie obrzęku na szyi, pomniejszenie się gruczołów przedtem powiększonych. Po upływie dalszych 24 godzin stan ogólny tak dalece się poprawił, że, jak W. powiada, działanie jest zadziwiające a nawet nie do uwierzenia. Tętno z 160 na minutę po pierwszem wstrzyknięciu spadało do normy, było pełne i silne; ciepłota zaś nie okazuje zmian. Co do porażeń występujących po błonicy, W. zmian żadnych nie obserwował.

Co do szczepienia ochronnego (wstrzykiwano surowicę Behringa Nr. 1) nic stanowczego W. wypowiedzieć nie może.

Z obserwacyi swych W. wysnuwa następujące wnioski:

1) Uważa surowicę Behringa za środek leczniczy w błonicy, dotychczas nie prześcigniony.

2) Najcięższe przypadki intoksykacyi, leczone w przeciągu trzech pierwszych dni choroby, okazują wyniki dotychczas nieobserwowane.

3) Behring słusznie powiada, że należy wstrzykiwać w pierwszych 3 lub 4 dniach, chociaż i po tym czasie W. obserwował dobre wyniki.

4) W samym początku zajęcia krtani surowica jeszcze działa dobrze; w zajęciu zaś drobnych oskrzeli wyników dobrych oczekiwać nie można.

5) Spodziewa się, że terapia Behringa zmniejszy znacznie śmiertelność w błonicy.

6) Szkodliwego wpływu nie obserwował.

7) W rzadkich tylko przypadkach występowało ograniczone zaczerwienienie skóry, pokrzywka, ropnie w miejscu wstrzyknięcia. Co do pierwszych 5 punktów W. jest zupełnie pewny i żadnych nie obawia się zarzutów.

Dr. J. Landau.

C o u s i n: **Leczenie charłactwa malarycznego.**

W 2 przypadkach charłactwa malarycznego leczonych bez skutku innymi środkami, C. zastosował wyciąg śledziony sterylizowany z barana w formie wstrzykiwań podskórnych. Wstrzykiwał po gramie, dochodząc stopniowo do 10 grm. Oprócz lekkiego podwyższenia ciepłoty i zwiększenia się dyurezy i dyaforezy, żadnych przypadłości nie obserwował. Śledziona zmniejszała się rychło, bóle w okolicy śledziony ustępowały, poprawa w łaknieniu, ciężar ciała większy, powiększenie liczby ciałek czerwonych krwi. Wyzdrowienie obydwóch nastąpiło po 35 injekcyach. (*La semaine médicale* 63. 1894).

Dr. J. Landau.

Zapiski terapeutyczne.

10. M. W a r m a n (w Kielcach). S m r o d z i e n i e c *(asa foetida)* w p r a k t y c e p o ł o ż n i c z e j i g i n e k o l o g i c z n e j. Do rozpoznania na pewno rozpoczynającego się poronienia niema zazwyczaj żadnej stałej podstawy. Jeżeli krwotok następuje w pierwszych czterech miesiącach, nie wiemy nic o życiu i stanie płodu a w takim razie idąc za Schroederem należy tak postępować, jak gdyby płód żył.

Schroeder radzi ciągłe leżenie na wznak aż do ustania krwotoku i kilka sporych dawek makowca. W niektórych razach terapia ta wystarcza, częściej po niejakiej pauzie odnawia się krwotok a ponieważ makowiec w dawkach małych zawodzi, w wielkich zaś nie da się długo stosować, przeto jest ciągła obawa o krwotok nagły i niebezpieczny.

Prócz takiego grożącego poronienia *(abortus imminens)* jest jeszcze poronienie nawykowe *(abortus habitualis)*, za którego przyczynę uważać musimy powiększenie się drażliwości macicy tak, iż po zadziałaniu czynników, które nie mają wpływu na inne ciężarne, następuje poronienie.

Otóż w przypadkach poronienia grożącego autor, idąc za przykładem włoskich lekarzy, spróbował smrodzieńca i przekonał się, że na 40 przypadków takiego poronienia, między 3. a 5. miesiącem ciąży, tylko w trzech przyszło do krwotoku cokolwiek większego tak, iż trzeba było przystąpić do tamponowania pochwy i szyjki.

Zamiast za przykładem Turazzy zadawać smrodzieniec w pigułkach, zadawał go autor w lewatywach, dając po 25 do 30 kropel *tincturae asae foetidae* na dwie lub trzy łyżki wody; nawet po używaniu smrodzieńca dosyć długo nie dostrzegł szkodliwego działania na ustrój, co jest już wielką korzyścią wobec makowca i chloralu.

Czy smrodzieniec w ten sposób użyty w poronieniach grożących zapobiega przerwaniu ciąży, nie może autor rozstrzygnąć z przyczyny zbyt małej liczby spostrzeżeń; natomiast przekonał się o korzystnem działaniu jego w poronieniu nawykowem, zadając go za Turazzą w pigułkach po 10 centygramów (postępując od 2 do 10 i zmniejszając znów tę liczbę stopniowo aż do porodu). Również pomyślnie działa smrodzieniec w tak pospolitem u kobiet zaparciu nawykowem żywota *(obstipatio habitualis)*.

W ten sposób zdaniem autora smrodzieniec nabywa prawa obywatelstwa w terapii poronienia i zaparcia żywota, tak częstem u kobiet tem bardziej, iż nie wywiera żadnych szkodliwych skutków ubocznych. *(Therapeutische Monatshefte.* Styczeń 1895).

11. A. R i e d: O u ż y c i u l e c z n i c z e m s o l i s t r o n t o w y c h (z oddziału prof. Draschego w powszechnym szpitalu wiedeńskim). Autor idąc za radą Labordego, który pierwszy wykazał, że sole strontowe nie są truciznami a działają korzystnie na trawienie i powiększają wydzielanie się moczu, tudzież zaleceniami Konstantego Paula i Dujardin-Beaumetza użył do swych doświadczeń mlekanu stronto-

wego *(strontium lacticum)* w rozczynie 25·00 na 150·00 wody, z którego zadawał dziennie po 3 do 4 łyżek.

Z 12 historyj choroby okazuje się, iż sole strontowe powiększają wydzielanie się moczu, osobliwie w przypadkach puchliny wodnej i w niektórych przynajmniej razach zmniejszają ilość białka w moczu.

Zdaniem autora wskazane są sole strontowe przedewszystkiem w chorobie Brightа, tudzież w wysiękach opłucnowych w miejsce kwasu salicylowego, który w razie dłuższego zadawania może rozwinąć nawet szkodliwe, trujące działanie. *(Ther. Mtshefte.* Styczeń 1895).

12. O. Schweissinger: Praktyczny i tani sposób zadawania kreozotu. Zdaniem autora najlepiej kreozot przepisywać w połączeniu z magnezyą, nierozpuszczającem się w wodzie, łatwem do utarcia a pozbawionem prawie smaku. Zaleca się najlepiej stósunek kreozotu do magnezyi z dodatkiem syropu, jak 1:9 tak, iż w gramie tego połączenia jest 10 centygramów kreozotu. Chcąc kreozot w tej formie zażywać, należy 20 kropel czyli 10 centygramów tej kombinacyi rozmacić w 1/4 szklanki wody i wypić popijając wodą czystą lub kawą.

Przetwór ten wyrabia w Dreźnie Johannesapotheke i sprzedaje 150 gramów po marce a 300 gramów po 2 marki niemieckie *(Pharmaceutische Centralhalle* 50. 1894).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Grudnia 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski.

Dr. Wernicki. *Leukaemia* (bielica, białaczka). Leukemią nazwano chorobę, w której występują ważne zmiany w składnikach krwi, które Virchow nazwał zwyrodnionem tworzeniem się tkanki krwi, przy którem liczba czerwonych ciałek ustawicznie zmniejsza się a w miarę tego liczba ciałek białych ciągle się zwiększa. Ciałka czerwone w skutek utraty hemoglobiny stają się bledsze, co wpływa razem na zmianę koloru krwi, który z czerwonego staje się jasnopłowym.

Stósunek ilościowy ciałek białych zmienia się postępowo. Ze stosunku normalnego jak 1 : 350 dochodzi czasami aż do 1 : 1.

Obliczanie ciałek czerwonych w leukemii nie ma zasadniczego znaczenia; za główną podstawę do ocenienia choroby i jej formy służy obliczenie absolutnej liczby ciałek białych, tudzież określenie stosunku procentowego każdego gatunku leukocytów. Zamiast 8·500 w 1 mm.^{3} białych ciałek, liczba ich zwiększa się powyżej 70.000 i dochodzi do 2,000.000 i wyżej. Oprócz tej ilościowej zmiany normalnych składników krwi występują nowe, patologiczne elementa, których w normalnej krwi nie znajdujemy.

Nie będę Panów zatrudniał długim wywodem o naturze tej choroby, o jej ciemnej etyologii, o zmianach teoryi i poglądów, jakie począwszy od Benneta i Virchowa aż do naszych czasów przesunęły się przed nami, gdyż znajdziecie je we wszystkich podręcznikach. Chcę mówić tylko o esencyonalnych zmianach we krwi w ich pełnem zestawieniu, jakichbyście napróżno szukali nawet w najnowszych edycyach podręczników patologii i terapii.

Eichhorst wraz z innymi dzieli leukemię na: 1) gruczołową, 2) śledzionową, 3) szpikowo gruczołową i 4) szpikowo - śledzionową. Kliniczne jednak dane nie starczą, by dokładnie odróżnić jedne formę od drugiej lub dokładnie określić, gdzie one występują razem. Tylko dokładna analiza krwi może nas pouczyć o formach leukemii. Podług więc hematologicznych danych nieco odmienny robimy podział a mianowicie: 1) Bielica limfatyczna, *lymphaemia*, gdzie przeważnie występuje leukocytoza z przeważającą ilością limfocytów, 2) *Myelaemia*, forma szpikowa, gdzie przeważają patologiczne elementa pochodzenia szpikowego, myelocyty i nakoniec 3) forma: bielica mięszana, *leukaemia mixta*, gdzie obie formy występują razem zmięszane.

By dokładnie ocenić różnice zachodzące między temi formami, musimy rozpatrzyć i poznać patologiczne składniki krwi, charakteryzujące leukemię a mianowicie:

1) Limfocyty duże z rozwiniętą karyolizą.
2) Wielojądrzaste neutrofile z rozwiniętą karyomitozą a osłabionym amebowatym ruchem (Löwit).
3) Erytrocyty duże (makrocyty czyli megalocyty).
4) Erytrocyty małe (mikrocyty).
5) Karłowate ciałka neutrofilne i eozynofilne.
6) Czerwone ciałka jądrzaste (z karyomitozą).
7) Czerwone ciałka metachromatyczne.
8) Myelocyty neutrofilne.
9) Myelocyty eozynofilne.
10) Limfocyty z δ granulacyą }
11) Leucocyty z γ granulacyą (*Mastzelle*). } przewrotnie się barwiące leasofilne.
12) Myelocyty bazofilne. }
13) Krzystały Charcota-Leydena, tyrozynowe.

Po przeglądzie patologicznych składników krwi leukemicznej przyjdzie nam z łatwością zrozumieć i ocenić formy chorobowe a mianowicie:

I. *Lymphaemia* charakteryzuje się: *a)* występowaniem w wielkiej ilości małych i dużych limfocytów powyżej 20.000 (Rieder) w 1 mm.^{3}; *b)* zwiększoną ilością wielojądrzastych neutrofilów; *c)* zwiększoną ilością eozynofilów powyżej 4% (Erlich); *d)* małe, karłowate ciałka neutrofilne i eozynofilne; *e)* ciałka czerwone jądrzaste i nakoniec z rzadka co drugie lub trzecie pole mikroskopowe zjawia się myelocyt jeden.

II. *Myelaemia.* W niej występują przeważnie myelocyty wszystkich trzech rodzajów. W ogóle ogromna polimorfia składników, jak jądrzaste ciałka czerwone, metachromatyczne, limfocyty z delta granulacyą leukocyty z gama granulacyą i nakoniec Charcotowskie krzyształy tyrozynowe.

III. *Leukaemia mixta*, mięszana, przedstawia nam obie przytoczone formy zmieszane, gdzie obok znacznej ilości leukocytów występują w niewielkiej ilości myelocyty wszystkich trzech rodzajów.

Przedstawiony tu podział leukemii opiera się na zdaniu przeważnej części hematologów; jednakże, jeżeli to nie będzie poczytane za zbyteczną odwagę, to poważyłbym się objawić nieco odmienne swe zdanie, a mianowicie, że przytoczone wszystkie trzy formy stanowią jedną tylko i tą samą chorobę a tylko w rozmaitych fazach jej rozwoju. Początek każdej leukemii poczyna się od cierpienia gruczołów limfatycznych i śledziony zarazem, skutkiem czego występuje coraz bardziej zwiększająca się leukocytoza, to jest nadmierne powiększanie się ciałek białych, które przebywszy swą znaną ewolucyę, podlegają, jak wiadomo, rozpadowi, wskutek czego wytwarza się tak wielka ilość rozpadowych materyj, że schorzałe organa eliminacyjne, wątroba, śledziona i nerki nie są w stanie przerobić i wydalić ze krwi całej ich ilości; pozostają więc one we krwi i wpływają na chemiczną zmianę samej surowicy, stan jej z gruntu się zmienia, z reakcyi obojętnej lub alkalicznej, staje się kwaśną. Chemiczna analiza wykazuje nam mnóstwo rozpadowych elementów, jak: letycynę, nukleinę, kwas nukleinowy, ksantynowe połączenie i ich derywaty, kwas moczowy i moczany, kwas mlekowy, kwas mrówczany, bursztynowy, peptony i nakoniec tyrozynę. Zmieniona więc tak bardzo surowica, ten sok odżywczy nietylko na same składniki krwi, ale i na wszystkie tkanki całego ustroju a więc i na szpik kostny, w którym pod wpływem tak bardzo zmienionej surowicy, rozwija się sprawa chorobowa, szpik rzednieje, galaretowacieje i wyradza się a wskutek tego występują chorobowe, anormalne produkta, myelocyty, których przypływ do krwi coraz bardziej zwiększa się tak, że każda leukemia z powolnym przebiegiem, która w początkowym swym rozwoju była tylko limfemią, zakończyć się niewątpliwie musi formą szpikową, myelemią. A zatem wymienione trzy formy chorobowe stanowią jedne tylko chorobę, mającą trzy fazy, czyli peryody w swym przebiegu: 1. limfatyczny, 2. mięszany a 3. szpikowy.

Rokowanie. W leukemii rozróżniamy dwa stadya:

1-sze, gdzie pomimo polimorfii składników krwi stan surowicy niewiele jest zmieniony a elementa patologiczne barwią się normalnie. W tych przypadkach rokowanie jest lepsze; użycie tych samych środków, jakich używamy w anemii złośliwej a szczególniej arszenikowych przetworów w dużych dawkach sprowadzić może poprawę, przy powolnym przebiegu choroby i w sprzyjających okolicznościach.

2-gie stadyum, gdzie składniki krwi patologiczne barwią się przewrotnie, z oksyfilnych stają się bazofilnemi, występują leukocyty z γ (gama) granulacyą, myelocyty basofilne, kryształy Charcotowskie; w tych przypadkach rokowanie absolutnie złe: *exitus letalis*.

Dr. Wiczkowski zwraca uwagę, że kol. Prelegent przedłożył własne pojęcia o istocie bielicy a nie podał opisu tych przypadków, na których je oparł; nie mógł przeto przekonać swym wywodem czysto teoretycznym. Dotychczasowy podział bielicy utrzymać się musi, dopóki nie nagromadzą się ścisłe dowody obalające. Następnie kol. Wiczkowski przeszedł cały rozwój nauki o bielicy aż do obecnego stanu, opierając się na dotychczasowej literaturze i na swoich spostrzeżeniach, które poczynił na siedmiu przypadkach w szpitalu obserwowanych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 19. Grudnia 1894 r. —

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, iż według rachunków, przedstawionych przez Dra Śliwińskiego, wydano na wzięcie udziału w wystawie lwowskiej przez Towarzystwo lek. krak. sumę 110 złr. 2 ct., wyznaczono zaś tylko 50 złr. Ponieważ nakreślony program spełniony był ściśle, zatem suma preliminowana była niewystarczająca, wobec czego wnosi kol. przewodniczący o udzielenie absolutoryum Drowi Śliwińskiemu, co też uchwalono.

3) Po zliczeniu obecnych członków zaprosił kol. przewodniczący kol. Browicza, przewodniczącego w Komitecie przedwyborczym, do przedstawienia listy kandydatów na urzędników Towarzystwa na rok przyszły, na skrutatorów zaś zaproszeni zostali kol. Murdzieński i kol. Ściborowski. Po obliczeniu głosów okazało się, iż zostali wybrani: prezesem kol. prof. Walentowicz, wiceprezesem kol. doc. Bossowski, sekretarzem dorocznym kol. Kozlowski, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* kol. prof. Domański. Do komisyi redakcyjnej wybrano: koll. prof. Cybulskiego, Gluzińskiego, Marsa i Obalińskiego, na podskarbiego kol. doc. Zarewicza, na bibliotekarza kol. Murdzieńskiego, na delegatów do Towarzystwa lek. galicyjskich koll. Bylickiego i Schramma ze Lwowa, wreszcie do komisyi kontrolującej koll. prof. Marsa i Zanietowskiego starszego. Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VIII. Sprawozdanie z czynności sekcyi okulistycznej VII. Zjazdu przyrodników i lekarzy we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Napisał

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego szpitala powsz. we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Gęste zaludnienie najbardziej ku wschodowi posuniętych powiatów, wysoka odsetka w nich Żydów, brak lekarzy tłómaczą częstość jaglicy na wschodniem pograniczu Galicyi. Następująca tablica wyjaśnia to bez komentarzy:

Powiat	Niezdolni do wojska [illegible] z powodu jaglicy	Odsetka Żydów	1 lekarz na mieszkańców	1 lekarz na klm. kw.	Mieszkańców na klm. kw.
skałacki	13·60	15·69	18·123	218·30	85
trembowelski	54·60	11·52	15·809	174·35	91
husiatyński	26·50	15·79	38·895	436·41	89
borszczowski	27·50	15·69	16·323	170·80	96
W całym kraju średnio .	12·80	11·50	9·097	119·96	76

Zdaje się, że częstszą jaglicę na wschodniej granicy Galicyi tłómaczy także częstsze stykanie się ludności z ludnością państwa sąsiedniego, wiadomo bowiem, że na granicy Królestwa Polskiego i Wołynia, przechodzenie granicy bywa z większemi połączone trudnościami.

Autor oblicza odsetki niezdolnych do wojska w Galicyi na $^{1}/_{2}$% popisowych, już po obliczeniu tych, którzy się drugi i trzeci raz stawiają. Obliczenie to, opierające się na wykazach Namiestnictwa, jest bardzo dokładne. Obliczenie na całą ludność Galicyi daje w przybliżeniu coś ponad $^{1}/_{4}$%: co znaczy, że 17—20.000 cierpi na jaglicę. Odsetka ta, raczej jest za niską, niż za wysoką.

Porównawcze tablice wykazują, że z krajów reprezentowanych w Radzie państwa, najczęstsza jest jaglica w Galicyi. W roku 1892. *(Militär-Statist.-Jahrbuch)* średnio na 1000 badanych przy poborach wojskowych we wszystkich trzech klasach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy w Cislitawii 2·1. Z tego przypada na terytoryalne okręgi wojskowe: wiedeński 0·2, inspracki 0·1, gracki 0·9, zaraski 2·6, pragski 0·3, józefsztadzki 0·3, krakowski 1·8, przemyski 6·3, lwowski 6·3. Do okręgu terytoryalnego krakowskiego należą okręgi wojskowe uzupełniające w Cieszynie, Opawie, Schönbergu i Ołomuńcu. Średnia niezdolnych w tychże okręgach z powodu jaglicy jest daleko niższa, niż w Galicyi, skutkiem czego liczba powyżej przytoczona 1·8 jest dla galicyjskiej części wojskowego okręgu terytoryalnego o wiele za niska. Ciekawem jest porównanie z węgierską połową państwa. Jaglica jest na Węgrzech częstszą. Średnio na 1000 badanych przy poborach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy 3·0. Najczęstszą jest w zagrzebskiem terytoryalno-wojskowym okręgu (10·3).

Na końcu poruszył autor jeszcze jedną, bardzo ważną sprawę. Do wojska biorą ludność zupełnie zdrową i wolną od jaglicy. Z wykazu poborów wynika, że w roku 1890. wzięto 15-tu a w r. 1891. 16-tu z lekką jaglicą, których jednakże natychmiast urlopowano. Wojsko w zetknięciu z ludnością zaraża się i z góry przewidzieć można, że załoga krakowskiego korpusu mniejszą wykaże ilość chorych, niż lwowskiego, gdyż w zachodniej części kraju jest jaglica rzadszą, we wschodniej częstszą. Jest to naturalne oddziaływanie kraju na załogi wojskowe. Wykazy potwierdzają to liczebnie. Spodziewaćby się należało, że wojsko chorym na jaglicę, którzy w czynnej służbie wojskowej zarazili się, nie odmówi skutecznej pomocy lekarskiej. Tymczasem rzecz się ma inaczej. Chorych leczy się wprawdzie czas jakiś w szpitalu, lecz jeżeli leczenie jest bez skutku, uwalnia się ich od służby wojskowej albo urlopuje. Władza wojskowa w każdym przypadku zawiadamia Namiestnictwo, do których powiatów odstawia urlopowanych, aby tych chorych lekarz powiatowy objął w ewidencyę. Z tych aktów zestawiono następującą tablicę.

Zestawienie uwolnionych ze służby wojskowej i urlopowanych z powodu jaglicy:

Komenda korpuśna	1891.	1892.	1893.	Razem
krakowska	18	20	27	65
przemyska	119	71	74	264
lwowska	300	452	662	1414
Razem . .	437	543	763	1743

Tablica sama objaśnia, jak niekorzystnie oddziaływać musi urlopowanie chorych na ludność. Dość powtórzyć, że korpus lwowski w r. 1893 rozpuścił 662 ludzi dotkniętych chorobą zaraźliwą po powiatach, gdzie roznoszą chorobę. W trzech latach odstawiono do powiatu złoczowskiego 95, tarnopolskiego 74, skałackiego 69, lwowskiego 68, brodzkiego 64, kamioneckiego 62, husiatyńskiego i borszczowskiego po 47, do kołomyjskiego 41 chorych. Nic dziwnego, że w następnych latach znajdzie się przy poborach w tych powiatach znaczna ilość niezdolnych do wojska z powodu jaglicy. Wprawdzie lekarz powiatowy powinien leczyć odstawianych do powiatu (ewidencya), co przeprowadzić jednakże przy rozległości naszych powiatów, jest rzeczą bezwzględnie niemożebną.

Wobec tego stanu rzeczy uchwalono na wniosek prelegenta przedstawić na pełnem posiedzeniu zjazdu następujące wnioski:

1) Wobec bardzo częstej jaglicy w kraju, która wiele osób pozbawia wzroku a bardzo wielu ludzi czyni niezdolnymi do pracy, należy utworzyć kosztem publicznym zakład, w którymby dotknięci jaglicą znaleźli pomieszczenie i umiejętną pomoc.

2) Ponieważ udowodniono, że urlopowanie i uwalnianie ze służby wojskowej żołnierzy dotkniętych jaglicą przyczynia się głównie do rozpowszechnienia tego cierpienia pomiędzy ludnością wiejską, należy poczynić starania, aby żołnierzy, którzy zarazili się podczas służby w wojsku, przed wyleczeniem nie wypuszczać do miejsca stałego zamieszkania.

3) Aby zapobiedz rozpowszechnianiu się jaglicy w szkołach, należy rozciągnąć kontrolę nad młodzieżą szkolną, przez peryodyczne i z urzędu nakazane badanie oczu.

4) Należy się wreszcie starać, aby zakłady lecznicze w kraju w rocznych sprawozdaniach uwidoczniały ilość chorych na jaglicę i ogłaszały z jakich powiatów pochodzą. — Uchwalono.

W dyskusyi nad tym przedmiotem podaje Dr. Brudzewski (z Krakowa), że badał, z jakich stron pochodzą chorzy na jaglicę, leczący się w ruchomej klinice krakowskiej i znalazł, że przeważna ilość mieszka wzdłuż linii kolejowej. Prelegent znachodzi to zupełnie zrozumiałem, gdyż przeważną rolę odgrywa tu łatwość komunikacyi.

Dr. A d a m S z u l i s ł a w s k i (ze Lwowa): O o p e r a c y j n o m l e c z e n i u j a g l i c y. (Referat). Będzie w całości umieszczony w *Przeglądzie lekarskim*.

Dr. Z y g m u n t K r a m s z t y k (z Warszawy): O s p o s o b a c h d ą ż ą c y c h d o u s u n i ę c i a j a g l i c y.

Z uwagi, że jaglica u nas znacznie głębsze, niż między innymi narodami zapuściła korzenie i rok rocznie niemało sił roboczych od pracy społecznej usuwa, sądzi prelegent, że obowiązkiem naszym jest podjąć energiczną walkę z tem złem, które społeczeństwo nasze dotyka i że inicyatywa przedewszystkiem wyjść powinna od lekarzy. Najodpowiedniejszym do tego środkiem jest zdaniem prelegenta zawiązanie towarzystwa, mającego na celu zwalczanie jaglicy a to wspólnemi siłami wszystkich okulistów polskich i wydawanie pisma, poświęconego li tylko sprawom jaglicznym, w którem poczestniejsze miejsce, niż to dotychczas było możliwem, powinna zająć kazuistyka jaglicy. Założenie takiego towarzystwa miałoby racyę bytu, choćby z tego tylko względu, że mogłoby ono jako poważne ciało zbiorowe, z większą pewnością i skutkiem występować wobec sfer wpływowych i decydujących i wykołatać niejedno, czegoby jeden człowiek, nawet jak najlepszemi ożywiany chęciami, osiągnąć nie potrafił.

Po dość ożywionych rozprawach przychylono się do wniosku Dra Macheka, aby ze względu na nie dające się z góry obliczyć trudności techniczne w zawiązaniu takiego towarzystwa a niemniej ważne trudności materyalne w wydawaniu pisma, nie mogącego z natury rzeczy zainteresować szerokiego ogółu lekarzy, nie robić na razie wniosku o założenie towarzystwa a stanowczą decyzyą w tym względzie odłożyć do przyszłego zjazdu.

Dr. T e o d o r B a ł ł a b a n (ze Lwowa): D e m o n s t r a c y a i n s t r u m e n t a r y u m o k u l i s t y c z n e g o, z e s t a w i o n e g o p o d ł u g n a j n o w s z y c h z a s a d a s e p t y k i. (Sprawozdanie własne).

Bałłaban demonstrował torbę zestawioną do operacyj okulistycznych. Torba ta składa się z dwu równych części, które są przedzielone ścianą do wkładania (ruchomą). Z jednej jej strony znajduje się puszka z gazą jodoformową, puszka z watą sterylizowaną i 3 flaszeczki w drewnianych puszkach. Flaszeczki te są z cienkiego szkła tak, że płyny można przed każdą operacyą gotować; dalej szczotka do rąk, pilnik do paznogci i puszka z mydłem. Z drugiej strony są umieszczone wszystkie przyrządy do narkozy razem z flaszką na chloroform, brzytwa, nożyczki, płytka Jagera, kleszczyki proste *(Kornzange)*, pudełko z igłami, jedwab, rurka szklana napełniona pastylkami sublimatowemi i także z proszkiem jodoformowym, pędzel i wreszcie pudełko ze sterylizowanemi środkami do wstrzykiwań podskórnych Bernatzika wraz ze strzykawką Pravaza. W jednej połowie torby tej znajduje się aparat do gotowania narzędzi, dwie puszki szklane napełnione wacikami w sublimacie $^{1}/_{50}$% i pudełko z opatrunkami sterylizowanemi w suchej parze na 200° C. Drugą połowę wypełnia płótno kauczukowe o powierzchni 1·5 m.², czapka gutaperkowa na głowę, 2 siatki druciane Fuchsa, 2 ręczniki, mydelniczka a wreszcie instrumentaryum złożone z puszki metalowej, w której znajduje się 50 narzędzi. Te narzędzia, które się wkłada wgłąb oka, są sporządzone z irydu i platyny, aby przed każdem wejściem do oka dokładnie módz je w ogniu sterylizować

Prócz tego pokazał B. instrumentaryum okulistyczne mniejszych rozmiarów. W puszce metalowej mającej długości 30 cm., szerokości 16 cm. a głębokości 5 cm., znajduje się składany aparat do gotowania narzędzi i 42 narzędzi okul. w dwu pokładach. Instrumentaryum to, zrobione we fabryce A. Broża w Gracu, kosztuje 50 złr.

Doc. Dr. F r a n c i s z e k S r o c z y ń s k i (z Krakowa): W s p r a w i e r a c y o n a l n e g o p r z e p i s y w a n i a s z k i e ł w n i e r ó w n e j r e f r a k c y i ó c z. (Cały wykład będzie ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim).*

Dr. E m a n u e l M a c h e k (ze Lwowa): N o w e c i ę c i e r o g ó w k o w e p r z y o p e r a c y i z a ć m y b e z i r y d e k t o m i i.

Ponieważ praca ta osobno w *Przeglądzie lekarskim* będzie drukowaną, pozwolę sobie tutaj krótko tylko wspom-

nieć, że autor operował tym sposobem dotychczas 30 przypadków, zawsze z dobrym wynikiem. Z tych 7, już zupełnie wygojonych, przedstawił uczestnikom sekcyi i w ich obecności operował 24. Lipca jeden, 26. Lipca drugi przypadek tym sposobem. U obu operowanych wynik był dobry; pierwsza opuściła oddział z $V = {}^{6}/_{12} - 8$, druga z $V = {}^{6}/_{6}$.

Dr. Zygmunt Kramsztyk (z Warszawy): O przyzwyczajeniu w czynnościach oka.

Badając u ludzi ze znacznem upośledzeniem widzenia bystrość wzroku za pomocą palców, otrzymamy u jednego i tego samego chorego wyniki różne, stosownie do tego, czy badanie rozpoczynamy w pobliżu chorego i stopniowo się oddalamy, czy też przeciwnie. Bystrość wzroku w pierwszym razie zawsze będzie większą. To samo powtarza się, gdy na tablicy Snellena od większych liter ku mniejszym postępujemy. I pole widzenia jest rozleglejszem, gdy badanie rozpoczynamy od środka perymetru a przy dwuwidzeniu porażnem obszar pojedynczego widzenia rozleglejszym, gdy od pojedynczego widzenia badamy ku obszarowi podwójnemu, aniżeli gdy postępujemy odwrotnie. Z tych okoliczności wyprowadza prelegent ogólną zasadę: Każda czynność nerwowa i mięśniowa zdolną jest do większego wysiłku, jeżeli natężenie jej świadomie, stopniowo wzrasta. W stanach patologicznych zdaje się, że różnica jest znacznie większa niż w stanach prawidłowych. U ludzi z tą samą wadą refrakcyi na przykład M = 2D siła bezpośredniego widzenia (t. j. bez szkieł) jest rozmaitą a mianowicie bez porównania wyższą będzie u człowieka nie używającego okularów, niższą u ludzi stale posługujących się szkłami, jak również w przypadkach, gdzie myopia trwa od niedawna. I tu więc znajdujemy stopniowe wzmaganie się funkcyi przez przyzwyczajenie, tylko, że ono tu dłuższego wymaga czasu i jest trwałem.

Dr. Kamocki (z Warszawy): O tłuszczowem zwyrodnieniu rogówki drobnowidowo stwierdzonem.

Prelegent badał 7 przypadków, z tych jeden, gdzie cierpienie wystąpiło samoistnie, sześć w połączeniu z łuszczką jagliczą. Zmiany drobnowidowe polegały na wytworzeniu się między rozwłóknionemi blaszkami rogówki, t. j. w jej przestworach chłoniczych (limfatycznych), znacznie powiększonych komórek, zawierających liczne kuleczki tłuszczowe, po których rozpuszczeniu występowała wyraźnie siatkowata budowa treści komórkowej. Wspomniane kuleczki czerniały wyraźnie pod wpływem kwasu osmowego, same zaś komórki przypominały z wejrzenia nieco komórki gruczołów Meiboma. Klinicznie spostrzegać się dawały w rogówce powierzchownie leżące, drobne, kredowo białe plamki, przypominające złogi wapienne. Prelegent wypowiada przypuszczenie, że znaczna część mniemanych złogów wapiennych w rogówce jest właściwie tłuszczowem zwyrodnieniem tej błony, podobnie, jak to już dawniej zauważył Cuignet, choć twierdzenia swego nie poparł badaniem mikroskopowem.

Prelegent demonstruje nader piękne, czyste i wyraźne, prawdziwie wzorowe preparaty drobnowidowe.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Stycznia 1895.

— Tegoroczny (niemiecki) kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się od 2. do 5. Kwietnia w Monachium pod przewodnictwem prof. Ziemssena. Z wykładami należy zgłaszać się do prof. Baeumlera we Fryburgu w Bryzgowii.

— Komitet wykonawczy VIII. międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego rozsyła rezolucye przez ten kongres przyjęte lub uchwalone, wydrukowane w czterech językach urzędowych tegoż kongresu.

— Ze zbadania surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez Rouxa w Paryżu, pokazało się, iż działa ona mocno przeciwgnilnie i jest 200 razy mocniejszą od tak zwanej surowicy prawidłowej czyli normalnej.

— VI. Zjazd niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego odbędzie się tego roku w Wiedniu na Zielone Świątki (2. i 3. Czerwca). Głównemi przedmiotami obrad będą pęknięcie macicy (sprawozdawcami: Fritsch i Saenger) i zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*endometritis*), (sprawozdawcami: Winckel, Ruge, Doederlein, Bumm, Wertheim, Fehling).

— William Goodel, wzięty ginekolog we Filadelfii, zapisał umierając 50000 dolarów wydziałowi lekarskiemu tamtejszego uniwersytetu i 10000 dolarów tamtejszemu również Towarzystwu lekarskiemu.

— Ostatni (3) numer *Wiener med. Wchschrift* zawiera w osobnym dodatku fotografie profesorów okulistyki we wszystkich uniwersytetach austro-węgierskich.

— W cesarstwie niemieckiem było na początku Listopada roku zeszłego 22287 lekarzy praktycznych, co w porównaniu z rokiem 1887, stanowi przybytek o 32% a ponieważ w tym czasie ludność powiekszyła się mniej więcej tylko o 10%, przeto przyrost liczby lekarzy jest trzy razy większy od przyrostu ludności.

— Od kilku tygodni pojawiają się przypadki duru brzusznego w znacznej liczbie w Londynie i to przeważnie w zamożnej klasie ludności. Badanie przyczyny wykazało, że najpodobniej do prawdy przypisać je należałoby konsumcyi ostryg, ponieważ w kilku domach dur brzuszny wystąpił tylko u osób, które jadły ostrygi i to równocześnie u tych, które także równocześnie je skonsumowały.

Jeżeliby ta okoliczność sprawdziła się w dalszym ciągu, wypadałoby przedsięwziąć z jednej strony pewne środki zapobiegawcze a z drugiej strony starać się wykryć, jakim sposobem przyszło do zakażenia ostryg, skoro laseczników duru brzusznego dotychczas nie znaleziono w wodzie morskiej.

— Przy ostatniej nominacyi nowych, dożywotnich członków Izby Panów austryackiej dostąpili tej godności dwaj profesorowie Wydziału lekarskiego uniwersytetu wiedeńskiego, Dr. Edward Albert i Dr. Herman baron Widerhofer.

— Jak donosi *Medical News*, w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej jest nadmierna produkcya we wszystkich dziedzinach zawodu lekarskiego; pism peryodycznych jest blisko 300, *Colleges* przeszło 100 a jeden lekarz przypada już na 600 mieszkańców.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach perydycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 2.: J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (ciąg dalszy). W. Gajkiewicz: Trzy przypadki syfilisu mózgowia. W *Medycynie* Nrze 2.: Władysław S. Zawadzki: Przyczynek do patologii padaczki połowiczej. J. Rogowicz: Przypadek całkowitego, przewlekłego wynicowania macicy (*inversio uteri completa chronica*) (dokończenie). J. Grundzach: Zniknięcie przedwstępnych objawów ostrej niedrożności kiszkowej po usunięciu ciała obcego z odbytnicy.

— **Konkurs.** Miasteczko Tyśmienica (w powiecie tłumackim w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza a zarazem oglądacza bydła. Pensya roczna 350 złr. Dopuszczeni tylko doktorowie wszech nauk lekarskich. Podania do 15. Lutego do zwierzchności gminnej.

Redakcya otrzymała:

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez biuro statystyczne miejskie pod kierunkiem i redakcyą Prof. Dra Józefa Kleczyńskiego. Zeszyt IV. Kraków 1894.

Władysław Florkiewicz: O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem. (Odbitka *Medycyny*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 26. Stycznia 1895 r. Nr. 4.

Redakcya: [illegible]

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, [illegible]

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmuja: [illegible] p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible] skiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu [illegible]

Rękopisy [illegible]

Jeden numer [illegible]

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wobec zatem tak długiego czasu, jaki w moich przypadkach upłynął pomiędzy pojawieniem się pierwszego a drugiego wrzodu stwardniałego, bardzo nieprawdopodobną jest rzeczą, ażeby w obu przypadkach drugi wrzód stwardniały wystąpił z powodu ponownego zaszczepienia jadu syfilitycznego w okresie wylęgania się pierwszego wrzodu (*chancre successif).* Szczególniej nader dziwnym byłby zbieg okoliczności u chorej P., która będąc dotknięta wrzodem stwardniałym na wardze ust, zaraża się dodatkowo na języku a więc na części ciała, która ze względu na usadowienie się wrzodów jest od pierwszej jeszcze rzadszą.

Bądź jak bądź, możebność powstawania wrzodów dodatkowych dowodzi, że w okresie wylęgania się wrzodu stwardniałego ustrój jest jeszcze przystępnym do, powiedzmy, dalszego przyjęcia się jadu syfilitycznego, czyli że w okresie tym nie nastąpiło jeszcze ogólne zakażenie organizmu.

Zdaniem mojem w obu powyżej przytoczonych przypadkach przyjąć należy, że tak u jednej, jak i drugiej chorej wrzód stwardniały przeszczepił się dobrowolnie. Za tą okolicznością przemawia przedewszystkiem późne pojawienie się drugiego wrzodu stwardniałego a następnie usadowienie się jego na odpowiadającej pierwszemu wrzodowi części ciała. U chorej B. wydaje się ta druga argumentacya na pozór nieprawdopodobną; jeżeli jednak zważymy, że u tej chorej znacznie wydłużona i obwisła warga wstydliwa mniejsza, w dolnym swym odcinku przez wrzód stwardniały zajęta, często, jakeśmy o tem sami przekonali się, zalegała w rozwartej szparze sromnej, to zetknięcie się chorej wargi wstydliwej z rowkiem czółenkowatym było bardzo ułatwionem. Natomiast u drugiej chorej P. zetknięcie takie istniało, gdyż chora sama zeznawała, iż w celu zapobiegania przykremu uczuciu, jakiego doznawała we wrzodzie, starała sobie ulgę przynieść przez ustawiczne odwilżanie wrzodu językiem.

Oba podane przypadki tak pod względem teoretycznym jak i klinicznym są wielkiej doniosłości a zanim przystąpię do ocenienia ich wartości i wysnuwania ztąd praktycznych wniosków, przytoczę w krótkości to, co o tego rodzaju kwestyi jest nam dotychczas z literatury wiadomem a co zarazem posłuży za dowód, że przypadki przeze mnie przytoczone nie są odosobnione. Jak dotąd, brak jest tylko ustalonego i jednolitego zapatrywania się na tę sprawę, na którą baczniejsze zwrócenie uwagi byłoby w interesie nauki bardzo pożądanem.

W przeciwieństwie do skromnych doświadczeń, dowodzących możliwości ponownego jeszcze przyjęcia się wydzieliny syfilitycznej w okresie wylęgania się wrzodu pierwotnego, liczniejszym jest szereg autorów, którzy przytaczają niezbite dowody przeszczepialności wrzodu stwardniałego na samym chorym. Dowodów tych dostarczyły nam szczepienia również umyślnie w tym celu wykonane a zawdzięczamy je, idąc porządkiem lat: Didayowi (1862), Bideucapowi (1864), Ricordiemu (1866), Bummowi (1881), Pontoppidanowi (1885), Jadassohnowi (1891) i innym. W przypadkach tych przeszczepiano wrzód stwardniały na chorym samym przed wystąpieniem zmian ogólnych. W miejscu szczepienia tworzyły się najwcześniej w dniu 10. (Bumm i jeden przypadek Pon-

toppidana) a najpóźniej około dnia 30. (przypadek Jadassohna), już to guzki złuszczające się, już też owrzodzenia, które, jak to n. p. było w przypadku Jadassohna, okazywały objawy typowego wrzodu stwardniałego z zajęciem odpowiednich (pachowych) gruczołów limfatycznych.

Obok przypadków, w których możebność przeszczepienia wrzodu stwardniałego wykazano eksperymentem, zasługują także na uwagę przypadki dobrowolnego przeszczepienia się wrzodu pierwotnego, które obserwowali Haslund (1887) i Ullman (1889). W przypadku pierwszym Haslunda przeszczepienie się wrzodu nastąpiło około mniej więcej 21. dnia [1], w przypadku zaś Ullmanna około 41. dnia a zatem w czasie, w którym wystąpienie wrzodu tylko przeszczepieniu się przypisać należy.

Przytaczając powyższe szczegóły, ze znanej mi kazuistyki wyjęte, zaznaczyć muszę, że odwołuję się tylko na te przypadki, które mojem zdaniem oprzeć się mogą wszelkiej przeciwnej krytyce, pomijam zaś mniej pewne [2].

Twierdzenie zatem moje powyżej wypowiedziane, że w obu przeze mnie przytoczonych przypadkach nastąpiło dobrowolne przeszczepienie się wrzodu stwardniałego, wydaje mi się słusznem, zwłaszcza że nie jest ono odosobnionem. Jeżeli jednak liczba dotychczas ogłoszonych przypadków jest jeszcze za mała, aby twierdzenie powyższe powszechnie uznano, pochodzi to ztąd, że nie zwrócono jeszcze dość uwagi na możebność przeszczepienia się wrzodu stwardniałego na samym chorym, albo że powstawanie tych wrzodów tłómaczono sobie w odmienny sposób. Nie chcę przez to twierdzić, ażeby przeszczepienie się wrzodu stwardniałego na samym chorym wydarzało się często, lecz przeciwnie jestem tego przekonania, że stosunki, w których to przeszczepienie nastąpić może, są trudne, że są to wreszcie wyjątki, sądzę jednak, że właśnie te wyjątki rzucają bardzo doniosłe światło na znaczenie wrzodu pierwotnego dla organizmu, który nim został dotknięty.

Jeżeli na kiłę zapatrywać się będziemy ze stanowiska bakteryologicznego jako na chorobę zakaźną, to nie ulega wątpliwości, że aby jad syfilityczny przyjął się i skutki swoje mógł rozwinąć, potrzebuje on do tego pewnych tak miejscowych jak i ogólnych a do swego rozwoju niezbędnych okoliczności.

Okoliczności te są nam już po części znane, po części zaś, względnie do naszych wiadomości i środków, jakimi rozporządzamy lub rozporządzać nam jest wolno, osłonione są jeszcze tajemnicą.

Powszechnie przyjętem jest zapatrywanie, że lubo wiele osób wystawionych bywa na zarazek błonicy, gruźlicy, cholery i t. p. chorób, nie każda z nich tym chorobom podpada; tak samo też, lubo nie jeden człowiek naraża się na zetknięcie się z jadem kiłowym, przecież nie każdy z nich mimo na pozór sprzyjających okoliczności nabywa kiły. Trudno zapewne dostarczyć w wielu podobnych przypadkach tak stanowczego dowodu, aby mógł on się oprzeć wszystkim zarzutom naukowym; że tak jednak jest, zatem przemawiają eksperyment i kliniczne spostrzeżenie, które tę możebność stanowczo potwierdzają. Znane są szczepienia Kattiera, Culleriera, Sarrhosa, Ouvryego, Puchego, Thiryego i innych, dokonywane wydzieliną bądź to wrzodu pierwotnego, bądź też zmian kiłowych następowych, świeżych na osobach zdrowych bez skutku. Do takich nieudałych szczepień zaliczyć także należy szczepienia wykonane przez bezimiennego lekarza z Palatynatu wydzieliną kiły drugorzędnej (Obs. III. VI i IX.). Niemniej, chociaż mniej pewne, znane są przypadki z klinicznego doświadczenia, iż niektóre osoby, mimo to że narażone były na zakażenie się jadem syfilitycznym, jednak go nie nabyły. Takie przypadki przytaczają Jullien i Mauriac.

Tego rodzaju przypadki miałem i ja sposobność widzieć w swej praktyce lekarskiej a lubo nie mogę dać na to niezbitego dowodu, czy nie zachodziły w tych przypadkach okoliczności miejscowej natury, które nie sprzyjały przyjęciu się jadu, w każdym razie, w obec wyżej przytoczonych okoliczności nie należy uważać ich za niemożebne.

Jak indywidua, tak samo istnieć podobno mają całe obszary krajów, których mieszkańcy nie są przystępni dla przyjęcia się zarazka kiłowego.

Czy to zabezpieczenie *(immunitas)* od jadu kiłowego jest właściwością indywidualną, czy ono jest wrodzonem, ale niezawisłem od przebytych chorób, jaką jest kiła, czy jest chwilowem czy też trwałem, o tem trudno jest nam na razie wyrokować. To jednak dotychczas na pewne twierdzić można, że tak samo, jak nie w każdym przypadku wrzodu stwardniałego czas jego wylęgania się jest jednakowym, również tak samo mogą znaleść się stosunki, bądź to chwilowe, bądź też trwałe, które całkiem nie sprzyjają przyjęciu się tego jadu.

Stósunki atoli, które wpływają na rozmaite oddziaływanie organizmu względem jadu kiłowego, chociaż nie są jeszcze w sposób zadawalniający naukowo zbadane, muszą zapewne być rozmaitej przyrody, bo samą indywidualnością czy to zarazka (pasorzyta), czy też organizmu, na jego wpływy wystawionego, wytłómaczyć ich sobie nie potrafimy. A że tak jest, dość uprzytomnić sobie z epoki eksperymentalnej przypadki kiły (nieznanego z Palatynatu lekarza Obs. XVIII. XIX. i XX.), w których mimo na pozór nieprzyjęcia się szczepienia, a zatem bez poprzedzającego wrzodu pierwotnego, przecież przyszło do zakażenia ogólnego. W najnowszych czasach (1894) przytoczył Verchère trzy podobnego rodzaju przypadki ze swej praktyki lekarskiej, dokładnie obserwowane. Jeżeli więc eksperyment i spostrzeżenia kliniczne uzupełniają się nawzajem, to tak zwana *syphilis d'emblée* w patologii kiły musi znaleść swoje uzasadnienie.

Jak z jednej strony ogólną kiłę nabytą nie zawsze poprzedzać musi wrzód stwardniały, tak z drugiej strony znowu znane nam są przypadki, w których po wrzodzie stwardniałym nie wystąpiły objawy ogólnego zakażenia. I w tej kategoryi przypadków odwołać się można na okoliczność eksperymentem stwierdzoną, a którą również zawdzięczamy bezimiennemu lekarzowi z Palatynatu (obs. X.). W przypadku tym zaszczepiono wydzielinę zmian następowych w dziesięciu miejscach. W miejscach szczepienia po 36-dniowem

[1] Inne przypadki przez Haslunda podane (*Chancres indurés multiples. Annal. de Dermatol. et de Syphiligr. 1887*) jak przypadek 2, 3, 4, 5. ze względu na krótki czas, który minął między pojawieniem się pierwszego a następnego wrzodu, raczej uważać należy za wrzody dodatkowe (*chancres successifs*), niż za wrzody, które przeszczepiły się dobrowolnie.

[2] Dokładne zestawienie znanych dotychczas przypadków znachodzi się w pracy Dra O. Lascha w *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis* pod napisem: *Wann wird die Lues constitutionell? 1891. Heft I.* tudzież w pracy L. Hudeli: *De l'immunité syphilitique. Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie.* 1891. Nr. 5.

wylęganiu się powstały płaskie, złuszczające się nacieki, które ustąpiły po jednomiesięcznem trwaniu, pozostawiając lekko łuszczącą się skórę. Zmiany następowe nie ukazały się przez niespełna 11-cie miesięcy. Z nowszych czasów znanym mi jest z referatu umieszczonego we *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* 1885 *(Autoinoculation des syph. Schankers)* przypadek Barthelemyego, w którym po wrzodzie stwardniałym jeszcze po 18 miesiącach nie wystąpiły były zmiany ogólne. (Dokończenie nastąpi).

II. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Choroby naczyniówki.

1) Andrzej S., 45-letni. Od roku wzrok słabł stopniowo. O. pr. V. = 20/200. Badanie wziernikowe wskazuje jednostajne zaćmienie ciałka szklanego w obu oczach, tarcze nerwu wzrokowego prawie niewidoczne, przy ruchach gałek liczne, ruchome zaćmienia. Ogólnych cierpień żadnych. Od 4. Stycznia do 2. Marca 1894 po 10 wstrzyknięć sublimatu do każdego oka. Dno oka zupełnie wyraźne, zaćmienia bardzo nieliczne, w części obwodowej naczyniówki liczne gniazda zapalne. O. pr. V = 20/40, O. l. V. = 20/50; 7. Czerwca 1894, zatem po 2 miesięcznej przerwie, zaćmień wcale nie było; O. pr. V = 20/40, O. l. V = 20/40—30.

2) Paweł B., 28-letni. Prawe oko: M 4, 5 D, wyraźnie odgraniczony sierp ku zewnątrz od tarczy, V=20/20. Lewe oko: O=5/200. Według słów chorego stan ten trwa już od roku, poprzednio zaś wzrok pogarszał się stopniowo przez kilka miesięcy. Badanie za pomocą skiaskopu wykryło niedomiarowość znowu 4, 5 D. Dno oka niewidoczne; obok ruchomych zaćmień, gęste jednostajne. Od 2. Kwietnia do 30. Maja 1894 10 wstrzyknięć sublimatu. Zaćmienie jednostajne zmniejszyło się znacznie już po pierwszych 3 wstrzyknięciach, O = 20/200, zaś 4. Czerwca 1894 V = 20/30. Nietylko jednostajne lecz i ruchome zaćmienia ustąpiły zupełnie; zmiany w naczyniówce były bardzo nieznaczne.

Prócz tych 2 przypadków wstrzykiwałem sublimat jeszcze w 6 przypadkach przewlekłego zapalenia jagodówki na znacznej przestrzeni, gdzie wzrok podupadł był do *minimum*. W 5 mieliśmy już zaćmę początkową, w dwóch zmniejszony, w jednym zwiększony ucisk śródoczny. W żadnym z tych przypadków nie dostrzegłem najmniejszego polepszenia. Zossenheim wstrzykiwał sublimat aż w 29 przypadkach zapalenia naczyniówki. W 14 była sprawa bardzo przewlekła, najzupełniejsza *iridochorioiditis*. Wyniki leczenia były niepomyślne, mianowicie nie było wcale polepszenia lub też, jeśli następowało, to chyba na czas bardzo krótki. Niepomyślne wyniki otrzymał również w jednym przypadku *chor. chron. specifica*, w dwóch przypadkach *chorio-retinitis*, w jednym przypadku *chor. centralis* u krótkowidza, w dwóch przypadkach *chor. disseminata*. Natomiast bardzo pomyślne wyniki otrzymał w 2 przypadkach (8. i 19.) zapalenia samej naczyniówki z zaćmieniem ciałka szklanego, w 1 przypadku *chorio-retinitis*, w 1 przypadku *chor. disseminata* (równocześnie było tu zapalenie miąższowe rogówki, kiła), w 3 przypadkach osadów na tylnej powierzchni rogówki przy równoczesnem zaćmieniu ciałka szklanego.

Już Gepner, po Darierze, spostrzegał pomyślne działanie wstrzykiwań sublimatu w zapaleniach naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów; zadziwiającem było ono w przypadku wynaczynień w obrębie obu plam żółtych (spostrz. 11-te). W pierwszej swojej pracy przytoczyłem dwa przypadki pomyślnego działania środka w *chorio-retinitis myopica*. Langie z 3 przypadków tego rodzaju (zawsze była *chorio-retinitis centralis*) w jednym tylko spostrzegł polepszenie, z dwóch zaś innych (w obu poprzednio wystąpiły wynaczynienia w obrębie plamki żółtej) w jednym nastąpiło tylko bardzo nieznaczne polepszenie, w drugim wynik był niekorzystny a to mimo dłuższego stosowania środka. Nic też dziwnego, że autor nie ufa działaniu sublimatu w sprawach zapalnych u krótkowidzów. Rzecz dziwna, że wobec bardzo wielu przypadków cierpienia naczyniówki, które Zossenheim podał w swej pracy, przytacza on 3 tylko przypadki *chorio-retinitis myopica*, dziwna z tego powodu, że cierpienie to tak bardzo jest częstem. We wszystkich było środkowe zapalenie naczyniówki. W jednym skutek był świetny, w drugim niewiadomy; zresztą w ostatnim leczenie pozostało bez żadnego skutku. Deutschman w swym dodatku do pracy Zossenheima zaleca jednakże sublimat w cierpieniach naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów.

Co do mnie, to od półtora roku stosuję chętnie sublimat w tych przypadkach, uciekając się bardzo rzadko do pijawek sztucznych. Stosowałem go dotąd już przeszło w 30 przypadkach a wyniki leczenia zawsze były mniej lub więcej pomyślne, nie wyłączając nawet przypadków z bardzo znacznemi zmianami, co prawda, wymagały one często dłuższego czasu, w obrębie plamki żółtej. Opiszę dokładniej 3 tylko przypadki.

1) Aron S., 20-letni student medycyny, zasięgał mej rady w początku Marca r. z. Znalazłem wtedy M 10 D, V = 20/50, szerokie sierpy zanikowe dokoła tarcz obu nerwów wzrokowych; w okolicy plamek żółtych widoczne zmiany barwikowe. Ze względu na nadchodzące egzamina zaleciłem, by zaprzestał czytania na czas pewien. Rady tej wszakże chory nie usłuchał i 4. Kwietnia zjawił się u mnie, oznajmiając, że dnia poprzedniego nie mógł już wcale czytać. O. pr. V = 10/200, O. l V = 5/200; z największą trudnością czyta Snellena D = 4, przytem bardzo znaczna metamorfopsya. Badanie wziernikowe wykryło znaczne wynaczynienia w obrębie obu plamek żółtych. Od 4. Kwietnia do 4. Maja wstrzykiwałem sublimat co drugi dzień do każdego oka. Już po pierwszych pięciu wstrzyknięciach (jakkolwiek wziernik żadnych zmian nie wykazywał!), chory czytał prawem okiem SnD = 1,25, lewem SnD = 2,25. 4. Maja prawem okiem czyta swobodnie SnD = 0,5, lewem SnD = 0,6; O. pr. V = 20/70, O. l. V = 20/100, metamorfopsya jednak nie ustąpiła jeszcze zupełnie. Po upływie miesiąca, O. pr. i l. V=20/40, czyta swobodnie SnD = 0,5, metamorfopsya zniknęła. Tak więc wzrok otrzymaliśmy lepszy, niż przy pierwszem badaniu chorego; nadto widzimy nadzwyczaj skuteczne działanie sublimatu w wynaczynionkach siatkówki.

2) Samuel S., 22-letni, również student medycyny i brat poprzedniego. O. pr. V = 20/100 (M 10 D), O. l. V = 20/70 (M 9 D). Sierpy zanikowe dokoła tarcz obu nerwów wzrokowych, odgraniczone niewyraźnie, dokoła odosobnione gniazda zapalne w naczyniówce, w wielu miejscach z zejściem zanikowem; w obu oczach gniazda te zbliżają się ku plamkom żółtym. Od 2 tygodni doświadcza przy czytaniu zamglenia i bardzo prędkiego zmęczenia. Od 2. Czerwca do 2. Lipca r. z. wstrzyknąłem sublimat po 6 razy do każdego oka. Już po pierwszych dwóch wstrzyknięciach zamglenie

ustąpiło zupełnie prawie, 2. Lipca zaś O. pr. V=20/70, O. l. V=20/40.

3) Jadwiga S., 48-letnia, widzi krótko od dzieciństwa; od 2 lat czytała z trudnością, od pół roku czytać zupełnie prawie nie może. O. pr. V=5/200. O. l. V=7/200 (M 9 D). Ciałko szklane jednostajnie zaćmione tak, że za pomocą wziernika ledwo dostrzedz można niewyraźnie zarysowane tarcze nerwów wzrokowych. Przy ruchach gałek liczne ruchome zaćmienia. Od 10. Maja do 10. Lipca wstrzyknąłem sublimat po 12 razy do każdego oka, poczem O. pr. V=20/70, O. l. V=20/40. Jednostajne zaćmienie ciałka szklanego zupełnie ustąpiło, ruchome zaćmienia ledwo dawały się dostrzedz, w naczyniówce widoczne teraz były znaczne zmiany zanikowe.

Przejdźmy teraz do działania wstrzykiwań sublimatu w zapaleniach współczulnych. Doradzał je tu również Darier, jakkolwiek w tych przypadkach już je dawniej stósowano. Gepner, jakkolwiek nie przytacza własnych spostrzeżeń, sądzi jednak, że wstrzykiwania sublimatu w porę zastósowane mogłyby nie dopuścić do zapalenia współczulnego. Ostatni o działaniu sublimatu w tych przypadkach pisali Wicherkiewicz, Langie i Zossenheim. Wicherkiewicz jest zdania, że wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu nie są w stanie zażegnać sprawy zakażenia w tylnym odcinku gałki, nie uznaje też tego leczenia za środek zapobiegający zapaleniu sympatycznemu drugiego oka. Natomiast przyznaje na podstawie 2 spostrzeżeń wielką doniosłość tym wstrzykiwaniom w przypadkach już rozwiniętego cierpienia współczulnego drugiego oka. Langie w swej pracy własnych spostrzeżeń nie przywodzi, wyliczając jednak wskazania do stósowania wstrzykiwań podspojówkowych, przytacza: „sympatyczne zapalenie, obok innego leczenia“. Zossenheim opisuje następujący przypadek. Pierwsze oko, oddawna zanikłe, było wyłuszczone, lecz sprawa w drugiem posuwała się dalej tak dalece, że już na tem oku dokonano irydektomii i ekstrakcyi. Chory odróżniał palce na odległość stopy. Po 7 wstrzyknięciach, dokonanych w ciągu 2 miesięcy, liczył palce na 13 stóp. Rezultat, jak na zapalenie sympatyczne, wcale pomyślny! W drugim przypadku (zapalenie sympatyczne tęczówki w ostrej postaci), w którym początkowo cierpiącego oka nie wyłuszczono, wstrzykiwanie sublimatu, wprawdzie tylko 2 krotne pozostało bez skutku. Twórca teoryi migracyjnej zapaleń współczulnych, Deutschmann, nic nie mówi o działaniu sublimatu w tych sprawach. A jednak, czy nie udałoby się właśnie *ex juvantibus* stwierdzić, lub w przeciwnym razie obalić teoryi, która wielu znalazła zwolenników, przeciwko której jednak doświadczenie kliniczne z bardzo poważnymi występuje zarzutami. Sprawa ta jednak wymaga bardzo licznych i przez dłuższy przeciąg czasu prowadzonych spostrzeżeń, a to z powodu, że zapalenie współczulne w rzadkich przypadkach rozwija się prędko, zwykle zaś do rozwoju swego dłuższego znacznie wymaga czasu.

Co do mnie, podzielić się mogę 4 spostrzeżeniami; z tych w 2 pierwotnie chore oczy były już wyłuszczone.

1) Jankiel P., 45 letni. W Grudniu r. 1892. wpadł mu do oka lewego kawałek żelaza. Zgłosił się do mnie dopiero 15. Lutego 1893 r. Bóle w lewej połowie głowy, obfite łzawienie, rogówka bardzo zmniejszona, silne nastrzykanie naczyń białkówki. W okolicy ciałka rzęskowego blizna ku górze i ku wewnątrz w kierunku promienia przebiegająca, cokolwiek wklęsła. Gałka sama zmniejszona, bardzo bolesna, prawe oko łzawi ciągle, od trzech tygodni czytać zupełnie nie może, źrenica prawie nieruchoma, oświetlenie boczne wykazuje osady na błonie Descemetego i dwie tylne przyczepiny. Chory nie zgodził się na wyłuszczenie niezwłoczne lewego oka; przystąpiłem przeto do wstrzykiwań sublimatu pod jego spojówkę i zrobiłem ich sześć w odstępach dwudniowych. Bóle głowy ustąpiły, łzawienie znacznie się zmniejszyło, w prawem jednak oku zmiany utrzymywały się jak poprzednio; dlatego też 2. Marca wyłuszczyłem lewą gałkę. Pośród zupełnie oderwanej siatkówki znalazłem kawał żelaza na 1 cm. długi i tyleż prawie szeroki. W tydzień po operacyi chory wyjechał i zjawił się ponownie dopiero 2. Czerwca 1893 r. Stan oka prawego znacznie się pogorszył: podrażnienie bardzo znaczne, V=5/200, oświetlenie boczne wykazuje liczne tylne przyczepiny. Od 2. Czerwca do 15. Lipca wstrzyknąłem sublimat 20 razy, poczem V=20/200, podrażnienie ustąpiło. Ten sam stan oka znalazłem przed miesiącem.

2) Piotr Ł., 12-letni, w Lipcu 1893. został skaleczony w oko prawe dłutem. Zgłosił się we 2 miesiące po przypadku. Oko miękkie, zanikłe, bardzo bolesne, łzawi. Wklęsła blizna długości 2 cm. w kierunku pionowym w dolnym odcinku gałki. Bardzo nieznaczna część jej przebiega w rogówce, część zaś pozostała stanowczo przecina całe ciałko rzęskowe. Lewe oko: V=20/70 (plamka środkowa z dawnych czasów), podrażnienia żadnego. Na wyłuszczenie gałki nie zgodzono się. Zastrzyknąłem sublimat 10 razy do chorego oka w odstępach dwudniowych, poczem chory odjechał do domu w połowie Października, lecz już w końcu Listopada powrócił. O. l. V=10/200, łzawienie, liczne tylne przyczepiny. 1. Grudnia 1893 r. wyłuszczyłem prawą gałkę, 4. Lutego 1894. roku w stanie lewego oka żadnej nie znalazłem zmiany. Po dwunastu wstrzyknięciach sublimatu 20. Marca O. l. V=20/100.

3) Chaim P., 16-letni, 15. Września 1893. roku skaleczył lewe oko ostrą trzaską, 17. Września znalazłem ranę poszarpaną w górnej połowie rogówki o kilku płatach, biegnącą dalej w obrębie ciałka rzęskowego. Tęczówka wypadła, soczewka zaćmiona, dalej ku zewnątrz w ranie ciałko szklane. Odciąłem wypadłą tęczówkę i przystąpiłem niezwłocznie do wstrzykiwań sublimatu, których zrobiłem 15-cie (co drugi dzień). W 4 tygodnie później otrzymałem na rogówce zupełnie gładkie bielmo, zajmujące znacznie więcej niż górną jej połowę; rana w białkówce również gładko się zabliźniła, oko niebolesne, bez żadnego podrażnienia, ucisk śródoczny prawidłowy, poczucie światła i zdolność lokalizowania wrażeń zupełnie dobre. Niebawem chory, subjekt handlowy powrócił do zwykłych zajęć. Stan oka i obecnie żadnym zmianom nie uległ, nadając się najzupełniej do irydektomii.

4) Dymitr P., 26-letni wyrobnik, 1. Października 1893. skaleczył prawe oko nożem. Badając przed upływem doby znalazłem rogówkę rozciętą w kierunku jej średnicy poziomej; z obu stron rana sięga również w białkówkę na 1 cm. ku zewnątrz i przeszło na 1 cm. ku wewnątrz. Przecięte były w tym kierunku tęczówka i torebka soczewki. W worku spojówkowym i na rzęsach znalazłem sporą ilość substancyi soczewkowej; w wewnętrznym końcu rany pokazywało się również ciałko szklane. Brzegi rany w środku rogówki cokolwiek podwinięte ku wewnątrz. Przez całą noc chory stósował okłady z mięszaniny białka z ałunem (na brudnym gałganie). Jakkolwiek oko nadawało się raczej do niezwłocznego wyłuszczenia, zdecydowałem się jednak spróbować wstrzykiwań sublimatu. Już po 10 wstrzyknięciach (pierwsze cztery codziennie), po upływie szesnastu dni gałka była blada, bez żadnego zadraźnienia, rana zabliźniła się, blizna była gładka, ku górze zaś i ku dołowi od niej tkanka rogówki była zamglona. Ucisk śródoczny, poczucie światła i zdolność lokalizowania prawidłowe. Stan ten utrzymuje się bez zmiany i po dziś dzień i można mieć wszelką nadzieję przywrócenia w pewnej mierze wzroku.

Pierwsze dwa spostrzeżenia stwierdzają oczywiście tylko to, co już dotąd wiadomem było, mianowicie, że wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu nie są w stanie powstrzy-

mać już powstałego zapalenia w pierwszem oku; przeciwnie, gdy ono powstało już w drugiem oku, po wyłuszczeniu pierwszego, działają wstrzykiwania względnie bardzo pomyślnie. Inaczej rzecz się ma w dwóch ostatnich przypadkach. W obu były bardzo znaczne uszkodzenia gałek, właśnie w obrębie ciałka rzęskowego, w okolicznościach najbardziej sprzyjających zakażeniu a jednak przy użyciu wstrzykiwań sublimatu gojenie nastąpiło zadziwiająco prędko. Zwracam raz jeszcze uwagę na okoliczność, że po upływie roku oczy nie okazywały żadnych objawów utrzymywania się spraw zapalnych, drugie oko pozostawało zupełnie zdrowem. Zapewne, dla zapalenia współczulnego rok tylko jeden czasu stanowi niewiele; sądzę wszakże, że przypadki te mogą zachęcić do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu niezwłocznie po zaszłym urazie oka, zwłaszcza, że sprawa gojenia odbywa się przytem nadzwyczaj pomyślnie.

(Dokończenie nastąpi).

III. Pierwszy przypadek błonicy gardła i krtani leczony surowicą Behringa w Tarnowie.

Skreślił

Dr. Henryk Kowalski.

docent higieny w c. k. seminaryum nauczycielskiem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Skreśliwszy objawy błonicy i ich interesujący przebieg od chwili rozpoznania choroby aż do zupełnego wyzdrowienia, przystepuje obecnie do zestawienia praktycznych uwag, jakie mi się nasunęły tak co do intubacyi, jak i dwukrotnego, podskórnego wstrzyknięcia surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej.

Przedewszystkiem wyszczególnić muszę zalety tubusów intubacyjnych, sprowadzonych w roku zeszłym od H. Reinera z Wiednia. Nie są one tak zewnątrz jak i w swych wydrążeniach okrągłe, jak to O'Dwyer w r. 1890 zalecał, lecz owalne, jakie pierwotnie w r. 1886 obmyślił, a na swych bocznych ścianach prawie w samym środku mają brzuścowate zgrubienia. Owej też owalności tubusa przypisać należy, że na więzadłach głosowych nie wystąpiła odleżyna, brzuścowatemu zgrubieniu zaś to, że tubus wprawdzie wedle skali dla dwuletniego dziecka dobrany, wisząc na więzadłach głosowych przez 72 godzin, mimo dość częstego i silnego kaszlu ani razu z tchawicy nie wypadł.

Po intubacyi nie potrzeba było związać dziecku rąk lub je unieruchomić w stawach łokciowych, chłopczyk bowiem, chociaż dopiero 27 miesięcy liczący, był rozkazowi rodziców naprzemian nad nim czuwających tak posłuszny, że ani razu rączką ku nitce nie sięgnął.

Wbrew doradzie Gallatiego[1]), aby usunąć nitkę po założeniu tubusa, która drażni gardła dzieci a niesfornym daje sposobność wyciągnięcia go z krtani tudzież, by wyjmować tubus ekstubatorem, wydobyłem tubus przez pochwycenie kleszczykami pozostawionej i już odgryzionej a nie połkniętej jeszcze podwójnej nitki blisko nasady na dół obniżonego języka. Pozostawienie nitki przy założonym tubusie, jeżeli dziecko jest spokojnem i wydobywanie tubusa przez pociągnięcie choćby odgryzionej a niepołkniętej jeszcze nitki wydaje mi się stósowniejszem, niż wchodzenie do krtani, aczkolwiek pod ochroną palca ekstubatorem, narzędziem szorstkiem, którem błonę śluzową jej czyto podczas występującego dławienia czy też kaszlu łatwo uszkodzić można.

Ile razy śluz w tubusie, zwykle po dłuższym śnie, tak mocno zaschł, że dziecko oddechało syczące a wdychiwania z roczynu dwuboranu sodowego nie zdołały go rozrzedzić, zamiast skrapiania wodą twarzy podawano choremu z polecenia mego pół łyżeczki mleka, wody lub wina a wywołane tym sposobem zachłyśnięcie się wydało śluz z tubusa i przywracało swobodny oddech.

Wobec tego, że rodzice nie przystali na żywienie dziecka cewnikiem Nelatona przez nos, lawatywy odżywcze powyż przytoczonego składu o ciepłocie 25° R., zadawane co 6 godzin, bez poprzedniego wstrzykiwania małej ilości zimnej wody do odbytnicy, celem zadrażnienia jej i wyparcia treści, zatrzymywane od 1—3 godzin, były w obecnym przypadku wystarczającemi do zaopatrzenia ustroju chorego przez 72 godzin potrzebnymi do życia składnikami, mimo, że wysoka gorączka wycieńczała jego siły. Kilka bowiem łyżeczek od kawy mleka i wina podawanych na dobę przez usta, celem wywołania zachłyśnięcia się i wydalenia zaschłego śluzu z tubusa, z których jakaś część dostawała się i do krtani, nie może tu wchodzić w rachubę jako środek odżywczy. Dodać tu jeszcze należy, że po każdem zadaniu lawatywy matka chorego przez dłuższy czas ściskała palcami otwór stolcowy.

Pierwsze wstrzyknięcie surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej w 4-tym dniu choroby nie miało żadnego wpływu na spadek ciepłoty i nie zapobiegło potęgowaniu się sprawy chorobowej w krtani, lecz obniżyło na krótki czas tętno i oddziałało pomyślnie na naloty na migdałkach, które chociaż były rozległe i dość grube, już na drugi dzień zmalały do połowy a trzeciego ustąpiły prawie zupełnie.

Korzystny atoli wynik powtórnego wstrzyknięcia surowicy w szóstym dniu choroby nie da się zaprzeczyć. Praktykując już 26. rok, spędziwszy setki nocy przy ciężko chorych na ostre choroby zakaźne, z wyjątkiem przypadków zapalenia płuc włóknikowego, zimnicy i zakaźnego zapalenia macicy podczas połogu, leczonego przestrzykiwaniami roztworów przeciwgnilnych, nigdy nie zdarzyło mi się zauważyć, aby na szczycie choroby spadek ciepłoty i tętna nastąpił przed północą. Jeżeli się zważy, że w obecnym przypadku przed powtórnem wstrzyknięciem surowicy w skutek zatrucia ustroju dziecka jadem błoniczym, ciepłota o godzinie 9-tej wieczór wynosiła 40·0, tętno 160 a liczba oddechów 60 a w 2 godziny po wstrzyknięciu, to jest o godz. 11. przed północą nastąpił spadek ciepłoty do 38·8, tętna do 136, oddechów do 48, sensoryum dziecka stało się jaśniejszem, toć wobec doświadczeniem stwierdzonej pewności, że antytoksyny nie łączą się chemicznie z toksynami w ciała obojętne, koniecznie przyznać trzeba, że zgubne działanie jadu błoniczego na ustrój wstrzyknięta surowica osłabione zostało, czyli inaczej rzekłszy, że antytoksyny surowicy leczniczej uodporniły komórki ustroju przeciw działaniu toksyn.

Wystąpienie osutki podobnej do odry z przemiana licznych guzeczków na pęcherzyki w 7. dniu po pierwszem, a w 5. po drugiem wstrzyknięciu surowicy, jest nową odmianą wysypek, pozostających z niem w przyczynowym związku, Roux, Wernicke, Heubner i Widerhofer bowiem

[1]) Die Intubation in der Privatpraxis. *Wiener Medizinische Wochenschrift* Nr. 1—10. 1894. str. 235.

zauważyli po wstrzyknięciu surowicy tylko występowanie pokrzywki *(urticaria)*, Seitz dwa przypadki rumienia pierścieniowatego naokoło miejsc wstrzyknięcia, Bär jeden przypadek osutki plamisto-guzkowatej na dłoniach i podeszwach *(exanthema maculo-papulosum)* a Lubliński i Scholz rumień wypocinowy wielopostaciowy *(erythema exsudativum multiforme)*.

Przytoczyć tu wreszcie należy, że powyższy przypadek błonicy, w którym choroba z gardła przeszła na krtań i cechowała się silnym jadem, przebiegał bez białkomoczu a dwukrotne wstrzyknięcie surowicy nie wpłynęło na jego pojawienie się.

Zakończając na tem praktyczne uwagi, wysnute z obserwacyi niniejszego przypadku, daleki od chęci wydania stanowczego sądu o surowicy Behringa, nie mogę pominąć milczeniem tej okoliczności, że zapytany przez sceptyka, azali mógłbym stanowczo wykluczyć możebność, że dziecko w mowie będące i bez powtórnego wstrzyknięcia surowicy nie wyzdrowiałoby, mimo tego, że musiałbym dać odpowiedź przeczącą, nie zmieniłbym swego przekonania, że jeśli intubacya po raz pierwszy, to ponowne wstrzyknięcie surowicy po raz drugi uratowało dziecku życie. Nauka bowiem kroczy nieraz długo manowcami, zanim wejdzie na bity gościniec, wiodący do poznania stałych i niezmiennych praw przyrody, lecz gdy podpatrzy jej choćby najogólniejsze zjawiska, pociąga i porywa ku sobie umysły. Skoro Behring jad błoniczy, chociaż zupełnie inną drogą i w odmienny sposób, jak Pasteur zarazek wścieklizny przez króliki, zawsze jednakże przez odmienny gatunek ustrojów przeprowadził, zanim ich surowicą zaczął uodporniać ludzi przeciw błonicy, a chorych już na nią leczyć, większość zaś lekarzy potwierdza już dziś korzystne wyniki jego doświadczeń, toć nic dziwnego, że i ja dałem się porwać temu nowemu sposobowi leczenia, zwłaszcza, że i ona, podobnie jak przeze mnie w błonicy gardła zalecany chlorek pilokarpiny, wywołuje leukocytozę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Praca

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Z początku, w skutek czy to podniesienia się parcia w jamie brzusznej, czy to w skutek zapalnego przekrwienia, czy wreszcie w skutek zwiększenia się ruchu w jamie brzusznej (np. w skutek antyperystaltyki w niedrożności jelita) wchłanianie może być nawet większem, niż w stosunkach prawidłowych. Wkrótce jednak wchłanianie to zmniejsza się a nawet w pewnych okolicznościach może ustać zupełnie. Fakt ten tłómaczy nam okoliczność, że w daleko posuniętem zapaleniu otrzewny błona ta znosi czasami ogromne ilości mocno działających płynów antyseptycznych bez wielkiej szkody dla ustroju.

Upośledzenie sprawy wchłaniania z jamy brzusznej w późniejszych okresach zapalenia otrzewny należy uważać za naturalną obronę organizmu przeciw ogólnemu zakażeniu oraz zatruciu; niestety często obrona ta rozpoczyna się zbyt późno.

Drugą ważną własnością otrzewny jest zdolność transsudacyi; własność ta została zbadaną przez Wegnera[24]), który przez wstrzykiwania do jamy brzusznej królików roztworów stężonych cukru, soli kuchennej i gliceryny wywoływał u tych zwierząt przesięki brzuszne. Przesięki te miały charakter surowiczy, po użyciu zaś bardzo stężonych roztworów zawierały one także czerwone ciałka krwi. Po wstrzyknięciu przytoczonych substancyj do jamy brzusznej przesiąkała w ciągu godziny ilość odpowiadająca [illegible]—8·28% wagi ciała zwierzęcia, czyli ilość odpowiadająca całej wadze zwierzęcia, mogłaby przesiąknąć do jamy brzusznej w ciągu 23—12 godzin. Badania Wegnera, tyczące się transsudacyi do jamy brzusznej, są zupełnie elementarne; miały one na celu wykazanie, jak wielką może być zdolność transsudacyjna tej błony. Stósunki doświadczalne w tej części pracy Wegnera nie odpowiadają jednak zupełnie stósunkom ani fizyologicznym, ani patologicznym. To też na zasadzie badań tych niepodobna wywnioskować, od czego w okolicznościach naturalnych zależy powiększenie się transsudacyi do jamy brzusznej, dlaczego w rozmaitych stósunkach charakter przesięków i wysięków otrzewnowych bywa rozmaitym oraz w jakim stósunku naturalnym zostają do siebie transsudacya do jamy brzusznej i resorpcya płynu z tej jamy.

Jeszcze przed laty kilkunastu uważano powszechnie otrzewnę za błonę nadzwyczaj wrażliwą na wszelkie zadrażnienie, zwłaszcza zaś na zadrażnienie przez bakterye a więc na zakażenie. Obawiano się podczas operacyj brzusznych zakażenia przez drobnoustroje, znajdujące się w powietrzu i chciano temu zapobiedz przez obfite używanie rozpylacza karbolowego czyli sprayu, co ze stanowiska ówczesnej antyseptyki pozornie wydawało się słusznem. Wkrótce jednak po wprowadzeniu rozpylacza karbolowego powstały z rozmaitych stron wątpliwości co do niebezpieczeństwa, jakie przedstawia zakażenie jamy brzusznej przez bakterye, unoszące się w powietrzu i powstała szeroko roztrząsana w literaturze kwestya zakażenia z powietrza. Nie przytaczając na tem miejscu całej literatury tej kwestyi, ograniczę się do przywiedzenia, że obecnie na zasadzie wieloletniego doświadczenia większość chirurgów jest tego zdania, iż w stósunkach zwykłych, t. j. gdy w powietrzu nie unosi się niezwykle wielka ilość drobnoustrojów chorobotwórczych, zakażenie otrzewny z powietrza nie następuje. Teorya zakażenia z powietrza ma nawet wielu bezwzględnych przeciwników. Jeden z chirurgów rosyjskich, chcąc dowieść niemożności zakażenia jamy brzusznej z powietrza, ogłosił wyniki szeregu laparotomij, które wykonał aseptycznie w sali szpitalnej, przeznaczonej dla chorób zakaźnych. W powietrzu tej sali unosiło się mnóstwo bakteryj septycznych, a zakażenie osób operowanych nie wydarzyło się ani razu.

A więc wrażliwość otrzewny na działanie bakteryj powietrznych wielką być nie może. Inaczej rzecz się ma z pewną wrażliwością tej błony na działanie powietrza. Działanie to zależy przedewszystkiem od temperatury i stopnia wilgotności powietrza. Na ogólne i miejscowe objawy, występujące po wystawieniu otrzewny na działanie zimnego powietrza, zwrócił uwagę już Wegner[25]): po szerokiem otwarciu jamy brzusznej opadała ciepłota ciała (rzecz zrozumiała ze względu na ogromną powierzchnię, jaką przedstawia otrzewna, zresztą stwierdzona jeszcze przez Simonsa), oddechy i tętno wolniały, następowało porażenie jelita. Według Delbeta[26]) i Walthard'a[27]) pod wpływem wysuszającego działania powietrza powierzchowne warstwy otrzewny obumierają i w pewnych stósunkach zmiana ta może stanowić predyspozycyę do powstania zapalenia otrzewny. Jeśli choroba ta nie powstaje, obumarłe przybłonki złuszczają się i błona surowicza powraca do stanu prawidłowego.

W doświadczeniach nad resorpcyą z jamy brzusznej wydymał Wegner[28]) króliki powietrzem; powietrze, wpro-

[24]) Wegner: l. c.
[25]) Wegner: l. c.
[26]) Delbet: l. c.
[27]) Walthard: l. c.
[28]) Wegner: l. c.

wadzone do jamy brzusznej zwierzęcia ogrzewa się do ciepłoty ciała tak rychło, że nie może być mowy w podobnych doświadczeniach o jakiemś termicznem, miejscowem działaniu powietrza; co się zaś tyczy jego działania wysuszającego, to wobec stosunkowo niewielkiej ilości gazu, która do jamy brzusznej zwierzęcia wprowadzić się daje, można takie działanie śmiało w danych doświadczeniach pominąć. Działanie więc powietrza na otrzewną było w doświadczeniach Wegnera tylko mechaniczne a polegało ono na rozciągnięciu otrzewny brzusznej oraz ucisku wywieranym na komórki śródbłonkowe. Przy sekcyi zwierząt do doświadczenia użytych znajdywał Wegner białawe zabarwienie błony surowiczej, w niektórych zaś miejscach jakby śluzowe złogi; zmiany te polegały na stłuszczeniu oraz złuszczeniu śródbłonków; pod złuszczonym zaś śródbłonkiem wytwarzała się młoda tkanka granulacyjna, która prowadziła do bliznowatego zgrubienia tkanki łącznej w miejscach, w których złuszczenie było najwybitniejszem. Otrzewna królików reagowała więc energicznie na bodziec czysto mechaniczny i stosunkowo słaby złuszczeniem śródbłonka oraz proliferacyą komórek tkanki łącznej. Powszechnie wiadomo, jak wielką jest tendencya otrzewny, pozbawionej śródbłonka do tworzenia zlepów oraz zrostów pomiędzy sąsiednimi organami. Tę własność otrzewny nazwał Wegner jej plastycznością. O ile więc wrażliwość otrzewny nie jest wielka, jak to zresztą jeszcze niżej się okaże, o tyle plastyczność jej jest bardzo znaczna, t. j., jeśli podnieta zewnętrzna okaże się dostateczną do wywołania w tej błonie zmian patologicznych, tyczących się przedewszystkiem komórek śródbłonkowych, reakcya ze strony otrzewny, występująca pod postacią zmian proliferacyjnych, jest bardzo energiczna. W stosunkach naturalnych zmiany te wywołuje prawie wyłącznie sprawa zakaźna; według Reichla[29]), Kelterborna[30]) i Küstnera[31]) zrosty otrzewnowe po operacyach brzusznych nie powstają ani w miejscach przypalania termokauterem, ani naokoło ciał obcych, jakoto podwiązek jedwabnych, a jedynie w skutek zakażenia.

Pod względem wrażliwości i plastyczności zachowuje się otrzewna rozmaitych zwierząt rozmaicie; z dotychczasowych doświadczeń wynika, że wogóle otrzewna ludzka jest mniej wrażliwa od otrzewny królika, wrażliwszą zaś niż otrzewna psa (Reichel[32]). Zrosty otrzewnowe zaś powstają łatwiej u psa, aniżeli u człowieka.

Zapalenie otrzewny występuje w rozmaitych formach, stósownie do przyczyny, przez którą zostało wywołane, oraz do mnóstwa okoliczności, ściśle związanych z danym ustrojem, który chorobie podlega. To też ze stanowiska anatomopatologicznego oraz klinicznego istnieją różne podziały zapalenia otrzewny na liczne formy, działy i poddziały. Nie uwzględniając tutaj wszystkich tych systematów, ograniczę się do przytoczenia, że wszystkie formy zapalenia otrzewny dadzą się sprowadzić według panujących obecnie zasad naukowych do dwu wielkich grup: zapalenia otrzewny natury chemicznej oraz zapalenia otrzewny natury bakteryjnej. Wprawdzie nawet tego podziału nie można uważać za zupełnie ścisły, gdyż zmiany otrzewny, wywołane przez bakterye, musimy uważać w ostatniej instancyi za zmiany chemiczne, a jak się niżej okaże, nawet bakterye dopiero wówczas zaczynają działać na otrzewnę, gdy substancye chemiczne już poprzednio wywołały pewne zmiany w tej błonie. Ze względu jednak na to, że w naturze występuje niekiedy zapalenie otrzewny w formie czysto chemicznej oraz że drogą doświadczalną zbadano zapalenie otrzewny, wywołane środkami chemicznymi, musimy utrzymać ten podział.

[29]) Reichel: Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus. Deutsche Ztschr. für Chirurgie. T. XXXV, p. 495.

[30]) Kelterborn: Versuche ueber die Entstehungsweise peritonealer Adhaesionen nach Laparotomie. Centralbl. f. Gynaec. 1890 Nr. 51, pag 913.

[31]) Küstner. Bedingen Brandschorfe in der Bauchhoehle Adhaesionen? Centr. f. Gynaec. 1890. Nr. 24 p. 421.

[32]) Reichel: l. c.

W stosunkach naturalnych zapalenie otrzewny natury czysto chemicznej występuje względnie rzadko; najczęściej powstaje ono przez wylanie się do jamy brzusznej jałowej treści guzów jajnikowych, zwłaszcza zaś torbieli po skręceniu szypuły (Schroeder[33]). Jest to ta sama forma zapalenia otrzewny, którą inni autorzy zwą formą aseptyczną (Bumm)[34]) lub też toksyczną (A. Fraenkel)[35]). Pod względem klinicznym odznacza się forma ta wielką dobrotliwością; po usunięciu bowiem przyczyny zazwyczaj ustępuje zapalenie otrzewny i chorzy powracają do zdrowia, oczywiście jeśli już przedtem nie nastąpiło ogólne zatrucie ustroju. Czy normalna, a więc jałowa żółć (Leubuscher[36]), Gilbert et Girode[37]), Naunyn[38]), Letienne)[39]), wylana do jamy otrzewny, może wywołać zapalenie błony surowiczej, nie jest jeszcze w zupełności rozstrzygniętem. Wprawdzie Laruelle[40]) obserwował po wstrzyknięciu sterylizowanej żółci do jamy brzusznej królików zmiany w śródbłonkach otrzewnowych a A. Fraenkel[41]) wywoływał w ten sam sposób wybitne włóknikowe zapalenie z krwawemi podbiegnięciami w błonie otrzewnej; sprzeciwia się jednak temu Lahr[42]) oraz obserwacya Tavela i Lanza[43]) na człowieku, u którego żółć wylewała się do jamy brzusznej w ciągu 48 godzin a otrzewna pozostała w stanie prawidłowym. Okazuje się więc, że chemiczne zapalenie otrzewny, wywołane przez Laruella oraz A. Fraenkla przez wprowadzanie sterylizowanej żółci do jamy brzusznej, w analogicznych stosunkach naturalnych co najmniej niekoniecznie powstać musi. Prawidłowy mocz, wprowadzony do jamy brzusznej, według Grawitza[44]) nie wywołuje zapalenia otrzewny. Fermenty jelitowe również zmiany tej nie wywołują (Silberschmidt[45]). Ze substancyj znajdujących się w organizmie a które należy uwzględnić przy roztrząsaniu powstawania zapalenia otrzewnej, jedynie trypsyna chemicznie czysta, w dawce 0·1 g. w 10—15 cm³ wody, wprowadzona do jamy brzusznej królika, wywołuje śmiertelną, krwawą *peritonitis* (Pawlowsky)[46]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby zakaźne.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Moizard i Perregaux leczyli 231 przypadków błonicy surowicą swoistą. Z nich umarło 34 czyli 14·71% a po wyluczeniu przypadków śmierci z powodu chorób przypad-

[33]) Schroeder: Ueber die allgemeine nicht infectiose Peritonitis. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynaecologie T. XII, zesz. 2. p 492. Ref. w Centr. f. Chir. 1888. p. 809.

[34]) Bumm: Zur Aetiologie der septischen Peritonitis. Münch. med. Woch. 1889. Nr. 42. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. VII. 1890. Nr. 2. pag. 97.

[35]) Fraenkel A.: l. c.

[36]) Leubuscher: Einfluss von Verdauungssaeften auf Bacterien. Zeitschr. f. klin. Medicin. T. XVII 1890. Zesz. 5. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. IX. 1891. Nr. 7 p. 244.

[37]) Gilbert et Dirode. Contribution a l'etude bacteriologique des voies biliaires. Semaine med. 1890 Nr. 58. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. 1891. T. IX. Nr. 12 p. 413.

[38]) Naunyn: Ueber das Vorkommen von Spaltpilzen in der Gallenblase. Deutsche med. Woch. 1891. Nr. 5. Sitz. Ber. des naturwiss. Vereins in Strassburg vom 16. I. 1891. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. X 1891. p. 92.

[39]) Letienne: Recherches bacteriologiques sur la bile humaine. Arch. de med. exp. et d'anat. Pathol. 1891 Nr. 6. p. 761.

[40]) Laruelle: Etude bacteriologique sur les peritonites par perforation. La Cellule T. V. zesz. 1. 1889.

[41]) A. Fraenkel: l. c.

[42]) Lahr: cyt. wedł. 29).

[43]) Tavel und Lanz: Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz. Heft 1. Nr. 1. 1893.

[44]) Grawitz: Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charite-Annalen XI rocznik 1886. p. 770.

[45]) Silberschmidt: cyt. wedł. 29).

[46]) Pawlowsky: Zur Lehre von der Aetiologie, der Entstehungsweise und den Formen der acuten Peritonitis. Virch. Arch. T. 117. 1889. p. 469.

kowych zostaje 11·26%. W przypadkach niepowikłanych a więc bez strepptokoków i stafilokoków śmiertelność wynosiła 4·54% w przypadkach ze streptokokami i stafilokokami zaś wynosiła 14·28%. W samym krupie śmiertelność była 18·47%, a w krupie towarzyszącym błonicy = 17·64. W zeszłym roku po tracheotomii zmarło 73·19%, obecnie tylko 40%. W 82 tylko przypadkach dostrzeżono białko w moczu a jako objawy towarzyszące niektórym przypadkom podają autorowie wysypkę podobną jak w płonicy, pokrzywkę, podwyższenie ciepłoty i obrzęki stawów. *(Bulletin médical 1894).*

Dr. Jan Landau.

Choroby dzieci.

Nowsze prace o ostrych chorobach przewodu pokarmowego.

Czerny i Moser: **Badania kliniczne chorób przewodu pokarmowego u osesków.**

Ścisłe poszukiwania kliniczne i bakteryologiczne nad chorobami przewodu pokarmowego u osesków, dokonane w pierwszym rzędzie przez badaczy francuskich (Sevestre, Gaston i t. d.) a następnie przez pedyatrów niemieckich, rzuciły na ten dział chorób dzieci zupełnie nowe światło.

Czerny i Moser, idąc dalej w tym kierunku, starają się przedewszystkiem ujednostajnić dotychczasowy chwiejny podział chorób żołądka i jelit, a swój nowy podział opierają na podstawach niebranych dotąd w rachubę. A mianowicie dzielą oni sprawy chorobowe, w przewodzie pokarmowym toczyć się mogące na 2 grupy, zaliczając do pierwszej nazwanej dyspepsya te, w których zmiany chorobowe zajmują wyłącznie tylko sam narząd trawienia; do drugiej zaś grupy *gastroenteritis* ciężkie formy, które skutkiem dostania się drobnoustrojów z jelit do krwi wywołują, jako następstwa lub powikłania, schorzenia innych organów, a głównie płuc i nerek.

Przebieg sprawy chorobowej tak w pierwszej jak i drugiej grupie może być ostry lub przewlekły.

Na obraz chorobowy dyspepsyi składają się objawy: zmniejszenie apetytu, obłożenie języka, często pleśniawki, wzdęcie lub w formach przewlocznych zwiotczenie mięśni brzucha, następowa niedokrwenność. Do stałych objawów należą wymioty. Stolce mogą być więcej lub mniej rozwolnione, miernie cuchnące; w przewłocznych formach pojawić się może zaparcie stolca. Mocz może zawierać cukier lub indykan przy nieprawidłowych rozkładach treści w jelitach. Ciężar ciała może się powiększać, może jednak i zmniejszać się stosownie do ciężkości objawów.

Zastanawiając się nad objawami drugiej grupy *gastroenteritis* musimy mieć na uwadze, że nieprawidłowe rozkłady w przewodzie pokarmowym, zakażając drobnoustrojami cały organizm, wywołują cały szereg zmian w innych narządach. Obok więc objawów ze strony żołądka i jelit, wymiotów z obfitą domieszką śluzu, stałego wzdęcia, zwiotczenia mięśni brzucha, stolców cuchnących i t. d. stwierdzimy wybitne objawy dostania się samych bakteryj lub ich trucizn do organizmu. Stwierdzimy więc na bladej skórze ograniczone zaczerwienienia, na błonie śluzowej podniebienia i skórze kończyn wynaczynionki; stwierdzimy działanie tych trucizn na funcye mózgu, na akcyę serca i t. d. Mocz w tych ciężkich formach zawiera białko a osad cechujące składniki, świadczące o ostrem zapaleniu nerek. Wreszcie nekroskopia wykaże obok innych zmian miąższowe zwyrodnienie organów wewnętrznych.

Najczęściej jednak bywają dotknięte płuca temi zmianami następowemi. Anatomicznie zmiany te przedstawiają się jako zapalenie zrazikowe *(bronchopneumonia)*; ponieważ jednak różnią się od zwykłych zapaleń sposobem powstania, podstawą etyologiczną i objawami klinicznymi, przeto możnaby je, idąc śladem Francuzów, oddzielić jako osobną grupę chorób płucnych u dzieci i nazwać: *Bronchopneumonies infectieuses d'origine intestinal chez l'enfant.* Objawy kliniczne tych zapaleń różnią się od objawów zapaleń zwykłych, a mianowicie cechuja je nagłość powstania, gorączka bez typu, niekrwawa plwocina, wreszcie brak zupełny zapalenia oskrzeli *(bronchitis)*. Te charakterystyczne objawy kliniczne, jak również zmiany anatomiczne, częstość, z jaką się spotyka tego rodzaju cierpienia płuc ze schorzeniem narządu trawienia i równoczesne zajęcie nerek upoważniają do twierdzenia, że ta sprawa następowa szerzyć się musi drogą naczyń krwionośnych w ten sposób, że z nieprawidłowego rozkładu treści w jelitach drobnoustroje dostają się drogą naczyń chłonnych do obiegu krwi, zajmując w pierwszym rzędzie płuca, później nerki i t. d. Wynika stąd, że drobnoustroje te za życia we krwi krążyć muszą, a cięższe formy chorób kiszek (*gastroenteritis*) uważać musimy za zakażenie ogólne ustroju. Potwierdziły to zapatrywanie badania bakteryologiczne krwi za życia; w 12 przypadkach badanych bakteryologicznie wykazano bowiem we krwi: gronkowiec, paciorkowiec, *bacterium coli commune, bacillus pyocyaneus* i *bact. lactis aerogenes. (Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXVIII.* zeszyt 4).

Zupełnie ten sam temat poruszył:

Fischl: **O gniciu w żołądku i jelitach.**

Wychodząc z tego zapatrywania, że nieprawidłowe rozkłady w kiszkach mogą być przyczyną ogólnego zakażenia ustroju, przedsięwziął badania bakteryologiczne pośmiertne różnych narządów; mianowicie zaś w przypadkach klinicznie rozpoznanych jako *cholera infantum* albo *gastroenteritis acuta* badał on wkrótce po śmierci ogniska zapalne w płucach, miąższ wątroby, śledziony, nerki, wreszcie krew wziętą z komory serca. Z treści tych organów wylewał płytki z agaru glicerynowego a równocześnie badał te same organy mikroskopowo. We krwi, jak również w treści miąższu pewnych narządów znalazł we wszystkich 11 badanych przypadkach drobnoustroje a mianowicie najczęściej wyhodował się gronkowiec i paciorkowiec (*staphylo-* i *streptococcus*) w kilku przypadkach i *bacterium coli commune* czyli znajdywał te bakterye, o których wiemy, że dostawszy się do krwi wywołują posocznicę *(septicaemia)*. Te same drobnoustroje znachodzono także we krwi i w chorobie Winckela, w chorobach naczyń pępkowych (*arteriitis et phlebitis umbilicalis*), t. j. w chorobach, które niczem innem nie są, jak tylko posocznicą powstałą z różnych przyczyn. Jeżeli więc te same bakterye wykażemy we krwi w pewnych formach chorób przewodu pokarmowego, to wynika ztąd, że te formy mogą być przyczyną posocznicy. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde XXXVII.*

W związku z pracami powyższemi jest także publikacya:

S. Felsenthala i Bernharda: **O zmianach mikroskopowych w nerkach w przebiegu** *gastroenteritis acuta*,

którzy badając mikroskopowo nerki w 15 przypadkach ostrego zapalenia żołądka i kiszek znaleźli zwyrodnienia przybłonków w przewodzikach nerkowych, podczas gdy kłębki Malpigiego były bardzo mało dotknięte zmianami. Zmiany te w przybłonkach, odpowiadające zupełnie zmianom wykazanym już poprzednio w cholerze azyatyckiej, dostarczają jeszcze jednego więcej dowodu, że pewne formy chorób przewodu pokarmowego u dzieci uważać musimy za choroby zakaźne, ogólne, chociaż nie znamy dotychczas swoistego dla nich prątka. *(Archiv. f. Kindhlkd. XVII. 3.* i *4.*

Dr. Jan Raczyński.

Okulistyka.

Schmidt-Rimpler: **Leczenie porażenia akomodacyi surowicą Behringa.**

S. ogłasza trzy przypadki porażenia akomodacyi po błonicy, leczone surowicą Behringa. Porażenia te miały po zastosowaniu surowicy ustąpić w nierównie krótszym czasie, niż to zwykle się zdarza. W przypadku pierwszym siła ako-

modacyi wynosiła 3·5 dyoptryj a po zastosowaniu surowicy Nr. I, raz jeden tylko, wzrosła po 13 dniach do 13·5 D. W drugim przypadku porażenie nie było tak mocne, gdyż A=7.5 D.; i tu po jednorazowem zastosowaniu surowicy już po 9-ciu dniach akomodacya wynosiła 12·5 D. Zupełnie podobny jest i trzeci przypadek. To też S. radzi w przypadkach tego cierpienia oraz w przypadkach błonicy spojówki stosować surowicę Behringa. *(Centralblatt f. Augenh.* 1894. Grudzień). *Dr. Brudzewski.*

Ginekologia.

Hofmeier: O wpływie włókniaków macicy na zapłodnienie, ciążę i poród.

Na podstawie 213 przypadków, z których 208 z własnej a 5 z praktyki Schroedera, dochodzi autor do następujących wniosków:

25% kobiet mających włókniaki jest niezamężnych; 75% jest zamężnych a z tych 25 do 30% niepłodnych.

W większej części przypadków włókniak nie ma niekorzystnego wpływu na niepłodność, która zazwyczaj jest następstwem zupełnie innych przyczyn, a co najmniej rola jego jest tylko drugorzędna; niepłodność bowiem u kobiet, które przedtem rodziły, rozpoczyna się prawie zawsze od chwili, w której z wszelkiem prawdopodobieństwem włókniaka jeszcze nie było. Co więcej. Hofmeier uważa obecność włókniaków za okoliczność sprzyjającą zastąpieniu, pisze bowiem: Naturalnie, nie uważam włókniaków za okoliczność sama przez się dobrą, lecz nie ulega dla mnie wątpliwości, że u kobiet z włókniakami czynność części rodnych a więc i jajników utrzymuje się dłużej, niż zwykle i że w skutek tego zdolność do zastąpienia jest powiększona.

W dalszym ciągu swej pracy zbija H. rozpowszechnione mniemanie, jakoby włókniaki, wikłające ciążę tak często wywoływały poronienie lub poród przedwczesny i twierdzi na podstawie 23 a właściwie 20 przypadków przez siebie spostrzeganych, że włókniaki wikłające ciążę nie sprowadzają niebezpieczeństwa krwotoków lub przerwania ciąży i że podczas porodu i połogu są one tylko bardzo rzadko przyczyną poważnych powikłań a i te może cierpliwość, rozsądna pomoc przy porodzie a zwłaszcza jak najściślejsza antyseptyka i skrupulatne nadzorowanie okresu wydalenia popłodu zmniejszyć znacznie.

Przechodząc wreszcie do leczenia takich włókniaków jest zdania, że chwila jedynie odpowiednia dla interwencyi chirurgicznej jest kilka tygodni lub kilka miesięcy po porodzie. *(Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* Tom XXX. Zeszyt I. p. 199. 1894). *Dr. Fr. Michalik.*

Zapiski terapeutyczne.

13. **Sprawa leczenia błonicy surowicą swoistą** (z obrad wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego).

Heim, lekarz ordynujący w szpitalu dziecinnym św. Józefa w Wiedniu, zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad leczeniem błonicy u 48 dzieci. Naprzód leczył surowicą 27 dzieci z rzędu i miał śmiertelność 22·2%; gdy mu następnie brakło surowicy, doszła śmiertelność do 65·5%, poczem otrzymawszy znów surowicę leczył nią 21 dzieci, z których umarło 28·5%. W ostatnich 10 latach (1885 do 1894) leczono w przerzeczonym szpitalu na błonicę 1695 dzieci, z których umarło 867 czyli 51·1%. W różnych latach wahała się śmiertelność między 38 a 58·7%. Zapalenia nerek nie były po użyciu surowicy częstsze, niż bez niej. Najlepsze skutki ze surowicy widziano w przypadkach leczonych w pierwszych trzech dniach.

Heim nie wypowiada jeszcze ostatecznego wyroku o wartości seroterapii w błonicy, zwraca atoli uwagę na łatwość zastosowania jej w praktyce i oświadcza, iż na nim podobnie jak na Widerhoferze (por. nr. 3 *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) surowica zrobiła wrażenie nadzwyczaj korzystne, niedające się żadną miarą porównać ze skutkiem obserwowanym po innych sposobach leczenia błonicy.

Profesor Monti użył surowicy swoistej do leczenia błonicy częścią w poliklinice, częścią w praktyce prywatnej w 25 przypadkach, z których stracił tylko jeden i to nie na błonicę, ale na ogólne wyniszczenie i zapalenie płuc.

Dotychczasową statystykę skuteczności leczenia błonicy surowicą swoistą uważa Monti za niedostateczną, ponieważ w porównywaniu ze sobą przypadków nie umiano pogodzić pojęcia anatomo-patologicznego choroby ze stanem bakteryologicznym. Autor dzieli błonicę na: 1) formę włóknikową, w której naloty właściwe znajdują się na błonie śluzowej i która przeważnie przebiega miejscowo 2) formę mieszaną, w której złogi chorobowe znajdują się w błonie śluzowej mocno zapalonej i na niej samej i 3) formę zgorzelinową, w której obok wypociny włóknikowej przychodzi do obumarcia zajętych chorobowo tkanek. Tę ostatnią formę nazywają także gnilną, ponieważ najczęściej przychodzi w niej rychło do ogólnego zakażenia gnilnego.

Forma pierwsza może następnie przemienić się w drugą a potem w trzecią.

Laseeznik Löfflerowski znajduje się przeważnie tylko w formie pierwszej i często zazwyczaj sam jeden wyłącznie. W formie drugiej znajdują się głównie streptokoki a obok nich laseeznik Löfflerowski, nieraz dopiero po kilkokrotnem badaniu wykazać się dający.

W formie trzeciej czyli zgorzelinowej znajdują się rozmaite bakterye i stafilokoki, streptokoki, diplokoki a tylko starannie badając można wykryć także i laseeznik Löfflerowski.

Te trzy formy błonicy różnią się od siebie tak przebiegiem klinicznym jak i ostatecznem zakończeniem. Forma pierwsza jest najłagodniejsza i ma śmiertelność najmniejszą; w formie drugiej śmiertelność jest znacznie większa z powodu rozległego zajęcia błony śluzowej i przemiany w formę trzecią, która jest najczęściej przyczyną niepomyślnego końca.

Tak różna w rozmaitych epidemiach śmiertelność z błonicy pochodzi z różnego przeważania owych form; ztąd też i skutki terapii bardzo są rozmaite. Gdy w jednej epidemii najrozmaitsze środki prowadzą do najlepszego skutku, w innych zawodzą najzupełniej, jeżeli przeważają przypadki formy drugiej lub trzeciej.

Jedenaście przypadków autora należało do pierwszej, włóknikowej formy, 14 do drugiej; z trzeciej nie było ani jednego. U 13 dzieci rozpoczęło się leczenie przed upływem 3-go dnia choroby; z nich nie umarło żadne. Z 12 dzieci leczonych po 3-ch dniach umarło jedno. U jednego dziecka nastąpił po kilku dniach nawrót choroby, co przemawia zatem, iż surowica nie chroni od recydywy.

W formie drugiej potrzeba było nieraz 3, 4 i 5 wstrzyknięć do zupełnego skutku.

Wszystkie swe przypadki badał autor bakteryologicznie i opierając się na 23 z nich jako dokładnie badanych, przekonał się, że w 9 z wyleczeniem błonicy zniknęły i właściwe laseezniki, gdy w 14 można je było wykryć i po wyleczeniu choroby, w jednym przypadku nawet po dwóch tygodniach.

Pod względem metody wstrzykiwania trzymał się autor ściśle sposobu podanego przez Behringa a mianowicie w formie włóknikowej wstrzykiwał nr. I., w drugiej zaczynał od nru pierwszego a gdy mimo tego sprawa błonicza szerzyła się dalej, wstrzykiwał stosownie do ciężkości przypadku nr. drugi lub trzeci. W zwężeniach tchawicy wstrzykiwał odrazu nr. drugi lub trzeci. Jeżeli po 24 godzinach nie było widać poprawy, powtarzano wstrzykiwania dopóty, dopóki miejscowo nie nastała zmiana.

W jednym przypadku po tracheotomii a w drugim po intubacyi użyto surowicy swoistej i w obu nastąpiło wyleczenie.

Zdaje się, iż **surowica swoista nie we wszystkich formach błonicy działa jednako**; to tłómaczy nam sprzeczności w datach statystycznych i nakazuje

wstrzymać się z wydaniem stanowczego sądu o wartości leczniczej surowicy w różnych postaciach błonicy.

Jeżeli wstrzyknie się dostateczną ilość surowicy, to w 24 do 36 godzin potem zmieniają błony wrzekome swą barwę, odgraniczają się, kruszeją i przemieniają w papkę mazistą, poczem oddzielają się zupełnie w ciągu 1 do 10 dni od błony śluzowej, która blednie i stopniowo nabiera wejrzenia prawidłowego.

Uderzająca była w przypadkach autora znaczna liczba (12) porażeń pobłoniczych, występujących wcześnie (w 5 przypadkach już 5-go dnia) a zajmujących mięśnie podniebienia miękkiego, akomodacyjne i kończyny. Porażenia te zresztą ustępowały wkrótce.

W 52% przypadków pojawił się białkomocz, najpodobniej do prawdy skutkiem surowicy. Ponieważ w moczu nie znaleziono przytem żadnych pierwocin uorganizowanych a ilość moczu nie była zmniejszoną, nie można tego białkomoczu uważać za przypad zapalenia nerek.

Uwagi godnem jest spostrzeżenie, że rumień (*erythema*), rozszerzający się po całem ciele od miejsca wstrzyknięcia, występował po użyciu surowicy tylko z pewnych przesyłek i to we wszystkich przypadkach; przyczyna tego rumienia tkwi przeto prawdopodobnie w samej surowicy.

Unterholzner zdaje sprawę z użycia surowicy swoistej u 36 dzieci chorych na błonicę. Śmiertelność miał 25.8%, która po wypotrzebowaniu surowicy wzrosła do 66.7%, i oświadcza, nie wysnuwając z tak małej liczby spostrzeżeń wniosków za śmiałych, iż widział u małych dzieci kończące się pomyślnie przypadki tak ciężkie, których przy innem leczeniu pomyślnie zakończonych nigdy nie widział. Uważa przeto surowice swoistą za środek mogący lepiej, niż każdy inny zmniejszyć znacznie śmiertelność z błonicy. (*Wiener medic. Wchschft.* 19. Stycznia 1895).

14. K. Binz. Zatrucie lekami za pośrednictwem odbytnicy (*rectum*) lub pochwy i zapobieganie jemu. Farmakopea niemiecka zawiera względem leków mocno działających wzmiankę, iż wolno je do użycia wewnętrznego dawać w ilości większej, niż dozwolona tylko wtedy, jeżeli lekarz doda na swym przepisie w miejscu właściwem wykrzyknik (!). Na wniosek autora przyjęty przez urząd zdrowia cesarstwa niemieckiego postanowiła rada związkowa dodać od 1. Kwietnia 1895 do ustępu co przytoczonego jeszcze:

Toż samo rozumie się o lekach rzeczonych w formie lewatyw i czopków.

Dodatek ten jest zupełnie uzasadniony. Jakkolwiek bowiem nie można wątpić, że resorpcya nie jest celem błony śluzowej odbytnicy, to jednakowoż wielu lekarzy nie wie lub nie pamięta, że błona śluzowa odbytnicy wsysa dobrze ciała rozpuszczone a z nią przez pewien czas w zetknięciu zostające.

Że lekarze o tem nie wiedzą lub nie pamiętają, świadczą przypadki otrucia po wprowadzeniu leków do odbytnicy.

Ze znanych sobie przytacza autor następujące dla przykładu:

a) Młody, silny mężczyzna ma rupie w odbytnicy (*oxyuris vermicularis*), na które dostaje lewatywę z 1‰ rozczynu sublimatu. Rupie zabito wprawdzie, ale wywołano tak gwałtowne, ostre zatrucie rtęcią, iż chory przez kilka tygodni musiał leżeć w łóżku.

b) O wiele gorzej skończył się przypadek następujący: Histeryczka otrzymała od lekarza przepis:

Rp.	*Hydratis chlorali*	*15·00*
	Ttrae opii simpl.	*15*
	Aquae destil.	*60·00*

MDS. Wieczorem użyć trzeciej części do lewatywy.

W przepisie tym lekarz widocznie omylił się, zapominając po wyrazach *Ttrae opii simpl.* dodać *guttas*. Pomocnik aptekarski wydał przeto 15 gramów *tincturae opii simpl.*; chora dostała do odbytnicy naraz 5 gramów nastoju makowcowego i zmarła skutkiem tego.

Sąd skazał lekarza na miesiąc, właściciela apteki na dwa a wydającego receptę na trzy miesiące więzienia.

c) W pewnej miejscowości południowego Tyrolu chciał lekarz zapisać w lewatywie trzy gramy wodochlorku chininy (*chininum muriaticum*) a prócz tego osobno małą ilość morfiny do wstrzykiwań podskórnych; omylił się jednak i zapisał do lewatywy także trzy gramy morfiny.

Recepta zadziwiła aptekarza, który w tej mierze zasięgnął rady obecnego przypadkowo w aptece innego lekarza. Ten oświadczył, iż dawka jest wprawdzie za duża, ale do użycia zewnętrznego jeszcze ujdzie. Aptekarz sporządził przeto lek żądany a po użyciu z niego ⅙ czyli 0·50 nastąpiła śmierć wśród objawów zatrucia narkotykiem.

Sąd uznał u lekarza, który receptę ową napisał, tylko prosty *lapsus calami*; natomiast stanęli jako oskarżeni aptekarz i ów lekarz, przypadkowo w aptece obecny. Przy rozprawie obracało się wszystko około pytania, czy lewatywa w myśl farmakopei austryackiej jest wewnętrznem zadaniem leku. Ponieważ zdania znawców sądowych były w tej mierze podzielone, przeto zasięgnięto opinii właściwego wydziału lekarskiego, który orzekł, iż lewatywa jest środkiem zewnętrznym. Na tej podstawie uwolniono obu oskarżonych.

d) Lekarz chciał zapisać choremu 4 gramy chloralu w lewatywie, omylił się jednak, nie dając kropki po 4 tak, iż było na recepcie 40. Aptekarz lek ten wydał, chory go użył na noc i umarł. Lekarza i aptekarza ukarano bardzo dotkliwie.

e) Również nastąpiła śmierć bardzo rychło po przepisaniu do lewatywy 100 gramów *acidum carbolicum liquefactum*, z których chory użył 70 gramów. Sekcya wykazała ostre zatrucie karbolem jako przyczynę śmierci.

f) Również nastąpiły bardzo gwałtowne objawy otrucia po wprowadzeniu do odbytnicy czopka, zawierającego przez omyłkę aptekarza 6 centygramów siarkanu atropiny w miejsce 6 centygramów *extracti belladonnae*.

Toż samo, co powiedziało się tutaj o odbytnicy, zastosować się daje i do pochwy; jakoż znane są już dawno przypadki śmierci po wprowadzeniu arsenu do pochwy a z doświadczeń Coena i Leviego w Liwornie wiadomo, iż jodek potasu, jodoform, kwas salicylowy, salol i antypiryna, jako takie lub w części swych składników, przechodzą za pośrednictwem pochwy do moczu i że ta zdolność resorpcyjna pochwy powiększa się u ciężarnych, położnic i gorączkujących. Być może wszakże, że wessanie przez pochwę odbywa się wolniej niż przez odbytnicę, ale nie ma zasadniczej różnicy między niemi.

Również trzeba ostrożności z wstrzykiwaniem środków mocno działających do pęcherza moczowego, macicy i innych naturalnych lub sztucznych jam ciała.

Ztąd też pokazuje się, iż przywiedziony na wstępie przepis dodatkowy do farmakopei niemieckiej, mający obowiązywać od 1. Kwietnia r. b., jest uzasadniony i chroni lekarza i aptekarza od odpowiedzialności a chorego od niebezpieczeństwa. (*Berliner klin. Wchschft.* 21. Stycznia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie w dniu 12. Listopada 1894 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 9.

1. Na wniosek przewodniczącego uchwalono zaprosić na stałego członka komisyi prof. Dra Odona Bujwida a to w miejsce stałe w Krakowie nieobecnego doc. Dra Grabowskiego, na wniosek zaś prof. Steingrabera zaprosić na członka nadzwyczajnego prof. Adametza i o tem Tow. lek. krak. zawiadomić.

2) Mydło szare wyrabiane przez P. Rożnowskiego w Krakowie uchwalono ponownie zbadać pod względem składu chemicznego a równocześnie stwierdzić jego dobroć w użyciu leczniczem.

3) Uchwalono zwrócić uwagę P. Dobrowolskiego, że budując w Podgórzu nową fabrykę przetworów opatrunkowych powinien był prosić o wskazówki co do urządzenia tej fabryki.

4) Przyjęto z zadowoleniem do wiadomości sprawozdanie członka komisyi, magistra farm. P. Sobierajskiego, że fabryka wód gazowych PP. K. Rzący i Chmurskiego prowadzoną jest w sposób należyty i że jej wyroby godne są dalszego polecenia i poparcia.

5) W sprawie mleczarstwa przyjęto do wiadomości:

a) że jedna z mleczarń w okolicy Krakowa, z którą podjęto rokowania, nie może zgodzić się na warunki jej postawione, pod którymi mogłaby ją komisya przedstawić Tow. lek. krak do polecenia;

b) że mleczarnie w Gnojniku i w Sledziejowicach nadesłały w należytym czasie świadectwa o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej, począwszy od 9. Maja b. r.

c) że podkomisya wybrana na posiedzeniu w d. 9. Maja przedłoży wkrótce wnioski dotyczące sterylizacyi mleka.

6) Uchwalono podziękować Redakcyi czasopisma Tow. aptek. we Lwowie za umieszczenie spisu przetworów i wyrobów przez Tow. lek. krak. uznanych i poleconych.

7) Pragnąc korzystać ze znajomości fachowej P. Stan. Freunda, obecnie dyrektora szkoły zawodowej w Świątnikach, uchwalono zachęcić go do dalszego wyrabiania przyrządów leczniczych a w szczególności elektroterapeutycznych, które zyskały już polecenie Towarzystwa lek. krakowskiego.

8) Powzięto uchwałę, że przetwory lecznicze i dyetetyczne wyrobu P. Sobierajskiego utraciły prawo polecania przez Tow. lek. krak. z chwilą, gdy apteka P. Sobierajskiego przeszła w posiadanie P. mag. farm. Otowskiego. Jeżeli nabywca apteki tej wyrabiać będzie nadal te przetwory i pragnie, by one były przez Tow. lek. krak. polecone, powinien poddać je ponownemu ocenieniu komisyi przemysłowo-lekarskiej.

9) W sprawie w użycie lecznicze wprowadzonego zdroju Karola w Krynicy, którego szczególne własności dziennikami ogłoszono, ale składu chemicznego nigdzie do wiadomości lekarzy nie podano, uchwalono odnieść się do Wysokiego c. k. Namiestnictwa jako władzy, której zakład zdrojowo-kąpielowy Krynicki bezpośrednio podlega, z prośbą o nadesłanie szczegółowego wyniku rozbioru chemicznego a to w tym celu, by szersze koła lekarskie mogły sobie wyrobić własny sąd, czy zdrój Karola nadaje się istotnie do użycia w zastępstwie szczaw obojętnych a względnie szczaw słabo-alkalicznych, jak już obecnie przez niektórych lekarzy zdrojowych, w Krynicy praktykujących bywa polecanym.

10) Co do zjazdu balneologicznego, który odbył się w jesieni podczas wystawy krajowej we Lwowie, uchwalono zwrócić uwagę inicyatorów tego zjazdu, że komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak., dla popierania przemysłu krajowego w zakresie lecznictwa przez Tow. lek. krak. uchwałą z dnia 7. Kwietnia 1886 r. ustanowiona, nie została na zjazd ten zaproszoną, pomimo że po rozwiązaniu komisyi balneologicznej uchwałą Tow. lek. krak. z dnia 20. Maja 1890. poruczoną ma opiekę nad zdrojowiskami krajowemi, opiekę tę w rzeczywistości wykonywa i jest obecnie jedyną instytucyą publiczną, która jest uprawnioną do wypowiadania imieniem tak poważnego grona lekarskiego, jak Towarzystwo lekarskie krakowskie, zdania o potrzebach zdrojowisk krajowych.

11) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że P. magister farm. Wład. Bełdowski założył w Krakowie przy ulicy Poselskiej fabrykę pudełek i tutek papierowych dla użytku aptekarzy i wyrażono życzenie, by aptekarze krajowi zaopatrywali się w jego wyroby w miejsce wyrobów zagranicznych.

12) Uchwalono odpowiedź na zapytanie c. k. Dyrekcyi okręgu skarbowego krakowskiego o uwolnienie od podatku spożywczego jednego z fabrykantów win leczniczych.

Sekretarz komisyi przem. lek.: *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Kłecki.

W niespełna dwa tygodnie po zamknięciu kongresu chirurgów francuskich, który w roku zeszłym odbył się w Lugdunie, został otwarty w tem samem mieście kongres internistów francuskich, trwający od 25. do 29. Października. Chirurdzy francuscy utworzyli na wzór niemieckiego towarzystwa chirurgicznego *Association française de Chirurgie* i obradują corocznie już od 8 lat. Lekarze interniści francuscy dopiero w ostatnich czasach postanowili pójść za przykładem innych narodów i zebrali się w końcu Października r. z. po raz pierwszy. Inicyatywa do urządzenia tego kongresu wyszła z Lugdunu. Wybitniejsi lekarze tameczni, w głównej części członkowie uniwersytetu, pod przewodnictwem Dra Gailletona, profesora chorób skórnych a zarazem prezydenta miasta, utworzyli komitet organizacyjny, opracowali szczegółowo cały plan kongresu, a po ukończeniu tej pracy ogłoszono uchwałę, według której kongres miał się odbyć w Lugdunie w d. 25 — 29. Października r. z. i na kongres ten zaproszono wszystkich kolegów rodaków, przedewszystkiem zaś lekarzy paryskich. Na wezwanie to stawili się lekarze w stosunkowo niewielkiej liczbie; ogółem, a więc wraz z miejscowymi członkami Zjazdu, których było bardzo wielu, zebrało się około 260 uczestników. Z wybitniejszych lekarzy paryskich przybyli: Bouchard, Potain, Lancereaux, Charrin, Hayem, Mathieu, Hallot, Dupre i inni.

Lugduńczycy spodziewali się, że z Paryża przybędzie znacznie większa liczba kolegów, aniżeli to się stało. Jakkolwiek Lugdun jest miastem uniwersyteckiem, posiada blisko pół miliona mieszkańców i wszelkie urządzenia wielkomiejskie, nie jest on wobec Paryża niczem innem, jak tylko prowincyą. Wobec tego, że zdaniem wszystkich inicyatywa do zorganizowania I. kongresu internistów francuskich a ewentualnie do zorganizowania stałych kongresów tego rodzaju powinna była wyjść z Paryża, w rzeczywistości zaś myśl taka powstała i została urzeczywistniona na prowincyi, dawał się uczuwać w stosunku gospodarzy lugduńskich do ich gości paryskich pewien ton, niezupełnie czysty, a przebijający niekiedy wśród ogólnej harmonii z jednej strony jako utajona radość z powodu uprzedzenia Stolicy w dokonaniu poważnego dzieła, z drugiej zaś strony jako coś w rodzaju pobłażliwości starszych względem młodszych.

Według słów prof. Barda, *agregé* fakultetu lugduńskiego, sekretarza jeneralnego komitetu organizacyjnego, kongres internistów francuskich bynajmniej nie miał nosić cechy narodowej; miał to być kongres nie lekarzy Francuzów, lecz lekarzy używających mniej lub więcej stale języka francuskiego, a więc i Szwajcarów, Belgijczyków i Włochów. Przybyło wprawdzie kilku przedstawicieli tych narodów a nadto Dr. Obrigia z Bukaresztu, Dr. Kannelis z Aten i Dr. Hellmann z Nowego Jorku, zjazd jednak, jak to już powiedziano, licznym nie był. Uderzającą była ta okoliczność, że w I. kongresie internistów francuskich nie wziął udziału ani jeden lekarz narodowości rosyjskiej. Pomijając nawet sympatyę i przyjaźń, łączące w ostatnich czasach Rosyan z Francuzami, okoliczność ta zadziwia choćby tylko

z tego względu, że do Francyi przyjeżdżają lekarze rosyjscy na studya w bardzo wielkiej liczbie i że w samym Paryżu mieszka ich spora garstka.

Na kongres internistów francuskich zapowiedziano 138 wykładów, a co najważniejsza, z małymi tylko wyjątkami prawie wszystkie te wykłady odbyły się i to w ciągu bardzo niedługiego czasu, mianowicie w ciągu czterech dni. Wśród wielkiej liczby referatów i przyczynków naukowych, przedstawionych zjazdowi, były oczywiście rzeczy o bardzo rozmaitej wartości. W ogóle jednak da się powiedzieć, że strona naukowa tego zjazdu była dobrą. Nie zamierzając wychodzić poza ramy krótkiego sprawozdania, ograniczę się do jak najtreściwszego przedstawienia tej strony zjazdu.

Francuska prasa lekarska miała tam bardzo wielu urzędowych przedstawicieli a zatem czytelnik ciekawy szczegółów znajdzie je w *Bulletin médical*, *le Progrès médical*, *la Semaine médicale*, *Gazette des Hôpitaux* i innych czasopismach lekarskich; za kilka miesięcy zaś wyjdzie z pewnością Pamiętnik kongresu, zawierający wykłady *in extenso* lub też autoreferaty z nich. Natomiast chciałbym cokolwiek obszerniej pomówić o stronie zewnętrznej kongresu, o jego stronie towarzyskiej, o uroczystości odsłonięcia pomnika Klaudyusza Bernarda, jaka przypadła w czasie trwania kongresu, głównie zaś o jego wewnętrznej organizacyi, którą śmiało mogę nazwać wzorową. Posiedzenia kongresu odbywały się w wielkim amfiteatrze gmachu lugduńskiego fakultetu lekarskiego. W obszernych pawilonach tego wspaniałego gmachu, pięknie położonego na wybrzeżu Rodanu, mieszczą się zakłady przyrodnicze i lekarskie, w głównym zaś budynku mieści się wielki, z komfortem urządzony amfiteatr; w przedsionku u wejścia stoją dwa popiersia: Tripiera i Teissiera.

Na przybycie uczestników kongresu ozdobiono cały gmach zielenią; zewsząd powiewały trójkolorowe sztandary, spięte po siedm tarczami, noszącemi cyfry Rzeczypospolitej francuskiej.

Pierwsze posiedzenie kongresu odbyło się wobec dość licznie zebranej publiczności 25. Października o g. 9 rano. Zagaił je prof. Gailleton, który w krótkich słowach określił znaczenie kongresów lekarskich w ogóle, oraz wyraził I. kongresowi internistów francuskich życzenia jak najlepszego powodzenia. Jako wiceprezes komitetu organizacyjnego, przemawiał drugi z kolei prof. Mayet z Lugdunu, zwracając uwagę na trudności, jakie komitet miał do przezwyciężenia, zanim zdołał zorganizować kongres, oraz dziękował prof. Potainowi z Paryża za objęcie przewodnictwa na posiedzeniach kongresu. Prof. Potain w dłuższem przemówieniu podnosił prace lekarzy prowincyonalnych, które przyczyniły się do postępu wiedzy lekarskiej, oraz wyliczał niemal wszystkich znakomitszych lekarzy francuskich, których pole działalności leżało poza obrębem Paryża. Wszystkie te trzy mowy były od początku do końca czytane. Po mowie prof. Potaina publiczność opuściła amfiteatr a po otworzeniu ściślejszego posiedzenia kongresu, prof. Bard, jako sekretarz komitetu organizacyjnego, zdał sprawę z czynności tegoż komitetu. Następnie ukonstytuowało się prezydyum w następującym składzie: przewodniczący prof. Potain, zastępcy przewodniczącego prof. Mayet i prof. Soulier, sekretarz prof. Bard, poczem sekretarz kongresu zakomunikował zgromadzeniu następujące cztery uchwały komitetu organizacyjnego:

1) Ogłoszony drukiem porządek dzienny poszczególnych posiedzeń kongresu jest ostatecznym i żadnym zmianom podlegać nie może.

2) Wykłady zapowiedziane po zamknięciu porządku dziennego zostaną umieszczone na końcu porządku dziennego tych posiedzeń, na których będą omawiane przedmioty pokrewne, lub też odbędą się na posiedzeniach dodatkowych.

3) Żaden wykład nie może trwać dłużej niż 10 minut.

4) Posiedzenia zjazdu będą się rozpoczynały punktualnie o wskazanym czasie.

Podobne punkty uchwala niemal każdy komitet organizujący jakikolwiek kongres, atoli nie zawsze bywają one ściśle przestrzegane. Dzięki powadze profesora Potaina oraz ogromnej energii i stanowczości prof. Barda na I. Kongresie internistów francuskich przestrzegano punktów tych z niesłychaną skrupulatnością i dzięki temu, posiedzenia kongresu płynęły równo i jednostajnie a rozpoczynały się i kończyły w czasie z góry określonym. Obradowano w ciągu dni czterech; zazwyczaj odbywały się dziennie trzy posiedzenia: od 9—12, od 2—4 i od 4—6 po poł. Posiedzenia trwające od godz. 2—4 po poł. były przeznaczone na referaty z kwestyj podanych do dyskusyi przez komitet kongresu oraz na roztrząsanie tych kwestyj. Było ich trzy: etyologia i patogeneza cukrzycy, znaczenie badania chemicznego treści żołądkowej pod względem klinicznym oraz stan nauki o afazyi. Porządek dzienny posiedzeń popołudniowych był tak ułożony, że na każdem posiedzeniu roztrząsano prawie wyłącznie kwestye pokrewne. Jeżeli dyskusya nad jakimkolwiek przedmiotem zainteresowała większą liczbę uczestników kongresu lub też przeciągała się dłużej, aniżeli pozwalał czas z góry na daną dyskusyę przeznaczony, odkładano daną kwestyę na dodatkowe posiedzenie, które się odbywało o godzinie 8. rano, albo też uczestnicy kongresu, zainteresowani daną kwestyą wraz z prelegentem przechodzili do sąsiednich sal w tym celu przygotowanych i tam dyskutowali dowoli nad daną sprawą pod przewodnictwem jednego z wiceprezesów, posiedzenie zaś główne kongresu odbywało się w ciągu dalszym. Wszystkie poważniejsze referaty oraz dłuższe komunikaty poprzednio wydrukowane, rozdawano uczestnikom zjazdu przed rozpoczęciem danego wykładu tak, że prelegent nie potrzebując rozwodzić się długo nad wszystkimi szczegółami, w ciągu stosunkowo krótkiego czasu był w stanie zwrócić uwagę na główne punkta swej pracy, oraz wytłómaczyć je dostatecznie. Wszystkie drobniejsze komunikaty bez wyjątku czytano; bezpośrednio po odczytaniu swej pracy, prelegent oddawał ją sekretarzowi zjazdu, przedstawicielom prasy zaś podawał poprzednio przygotowany auto-referat. Porządku tego przestrzegano z całą surowością. Zachowując pozory porządku przez komitet kongresu uchwalonego, wyłamał się z pod niego jedynie Dr. Mathieu z Paryża dzięki dowcipnemu podstępowi. Chcąc uzyskać na swój komunikat więcej czasu od innych, podał on ten komunikat pod dwoma tytułami, jako dwa komunikaty oddzielne; że zaś zamieszczono je na porządku dziennym jednego i tego samego posiedzenia, Dr. Mathieu bardzo wygodnie plan swój przeprowadził.

Jak wiadomo, publiczność francuska choćby wyłącznie z poważnych lekarzy złożona, należy do żywiołów w ogóle dosyć niesfornych, lubi być głośna a cięta posiadając wymowę, zwłaszcza w stanie choćby lekkiego podrażnienia, z trudnością wstrzymuje się od wycieczek osobistych. Duch

porządku i karności, jaki panował na I. kongresie internistów francuskich, sprzeciwiał się zasadniczo podobnym wybuchom narodowego usposobienia. To też w ciągu całego kongresu raz tylko przyszło do ostrzejszego przemówienia się pomiędzy dyskutującymi; zazwyczaj zaś opozycye, nawet dość zasadnicze, wypowiadano z tak wyszukaną grzecznością, że sama forma opozycyj, jakkolwiek często w najwyższym stopniu obłudna, sprawiała satysfakcyę autorowi krytykowanej pracy. Nieraz się zdarzało, że oponent wykazawszy w swojem przemówieniu zasadnicze braki danej pracy, nazywał ją w końcu dziełem znakomitem a nawet arcydziełem. Każdy wykład bez względu na jego wartość oraz formę hucznie oklaskiwano; gdy w dyskusyi dwu uczestników kongresu wypowiadało zapatrywania wprost sobie przeciwne, ogół słuchaczów oklaskiwał zarówno jedną jak i drugą stronę. Wprawdzie galeryę stanowiła młodzież akademicka, która nie szczędziła oklasków przemawiającym a która często-kroć mogła była powodować się nie tyle treścią czy formą danego wykładu, co sympatyą osobistą, jaką żywiła dla wykładającego; jednakowoż nieszczere a huczne oklaski często sypały się ze strony ludzi poważnych, stanowiących względem wykładającego opozycyę — było to z ich strony tylko aktem zwykłej grzeczności. Pomijając jedynie ten ostatni szczegół, który niezupełnie licował z ogólną, poważną cechą, jaką nosił I. kongres internistów francuskich, jego strona zewnętrzna wypadła doskonale; porządek w odczytywaniu komunikatów oraz przeprowadzaniu dyskusyi, jaki tam panował, był tak wzorowym, że doprawdy mimowoli nasuwała się myśl, iłeby nasze zjazdy zyskały, gdybyśmy pod tym względem chcieli naśladować internistów francuskich. Od prof. Barda dowiedziałem się, że powyżej opisane, nadzwyczaj praktyczne urządzenie, dzięki któremu wszystkie zapowiedziane wykłady mogły były przyjść do skutku we właściwym czasie, zostało zaprowadzonem po smutnych doświadczeniach, jakie wyniesiono z ostatniego zjazdu chirurgów francuskich. W każdym razie byłoby bardzo pożądanem, ażeby podobnie urządzono się w przyszłości i na naszych zjazdach. (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 24. Stycznia 1895.

— W dniu 16. b. m. odbyło się posiedzenie administracyjne Towarzystwa lek. krak., stanowiące ciąg dalszy i zakończenie takiegoż posiedzenia z dnia 9. Stycznia. Na posiedzeniu tem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z powierzonych sobie czynności w ciągu ubiegłego roku 1894. a mianowicie: kol. Sroczyński z czynności naukowych, kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza z obrotu i stanu kasy, kol. Cybulski z administracyi *Przeglądu lekarskiego*, kol. Zanietowski (starszy) z czynności komisyi kontrolującej, kol. Murdzieński ze stanu biblioteki, kol. Mars z czynności komitetu dla budowy domu Towarzystwa, kol. Śliwiński z czynności komisyi przemysłowej, wreszcie kol. Surzycki odczytał zdanie sprawy przysłane przez Dra Bylickiego ze Lwowa ze stanu kasy wdów i sierót po lekarzach. Na zakończenie na wniosek kol. Zanietowskiego wyrażono jednomyślnie największe uznanie ustępującemu prezesowi Towarzystwa.

— Dr. Grzegorz Ziembicki, lekarz ordynujący oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie, otrzymał krzyż kawalerski orderu legii honorowej. Dekret podpisał jeszcze prezydent Rzeczypospolitej francuskiej Casimir-Perier tuż przed swem ustąpieniem.

— Ponowne próby z surowicą otrzymaną w Zakładzie higienicznym krakowskim z 2 koni wykazały, że moc jej działania znacznie wzrosła i obecnie przekracza już $^1/_{150\cdot000}$ czyli jest równą a nawet nieco większą od numeru pierwszego surowicy Behringa i od surowicy Rouxa, jak tego dowiodły zresztą próby równoczesne z tymi oboma rodzajami surowicy wykonane. Od tej chwili surowica Bujwida będzie już stosowaną w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w szpitalu św. Ludwika w Krakowie.

— Dr. Karol Zaleski w Sanoku ofiarował Towarzystwu kolonij wakacyjnych dla dziewcząt 1050 m.^{2} gruntu pod budowę własnego domu w Mikuliczynie, miejscowości znanej ze swego zdrowego położenia i kąpieli w Prucie i pozwolił kolonistkom korzystać z pobliskiego lasu.

— Autorowie życzący sobie, by z ich prac polskich z zakresu ogólnej przemiany materyi, fizyologii i patologii przewodu pokarmowego, dyagnostyki i terapii chorób żołądka, jelit, wątroby i trzustki zdano sprawę w nowo powstającem *Archiv für Verdauungskrankheiten* Boasa w Berlinie zechcą odbitki prac swoich przysłać Drowi Ignacemu Grundzachowi w Warszawie przy ulicy Orlej Nr. 12. Pierwszy referat zbiorowy obejmować będzie prace wyszłe z druku w drugiem półroczu roku 1894.

— Wspomnieliśmy w poprzednim numerze, że najpodobniejszą do prawdy przyczyną pojawienia się epidemii duru brzusznego w Londynie temi czasy wśród zamożnej części ludności była konsumcya ostryg, w niewiadomy wszakże sposób zakażonych. Otóż o czemś podobnem zupełnie donoszą dzienniki amerykańskie z miasta Middletown w Stanach Zjednoczonych, gdzie także pojawił się dur brzuszny u osób, które jadły ostrygi na surowo, nie wystąpił zaś u tych, które je skonsumowały gotowane. Przy zbadaniu ścisłem sprawy przez miejscową komisyę sanitarną pokazało się, iż ostrygi, o których mowa, nabyto od pewnego domu handlowego w New Hawen, który miał zwyczaj przechowywania ostryg przed wysłaniem do konsumcyi przez jeden lub dwa dni w ujściu rzeki w miejscu pobliskiem pewnego kanału. Otóż wykryto, iż w domu prowadzącym materye kloaczne do owego kanału zaszły właśnie temi czasy dwa przypadki duru brzusznego.

— W czasie, w którym z różnych stron tyle podniosło się głosów i to głosów poważnych w sprawie zaprowadzenia jednego języka obrad dla międzynarodowych kongresów lekarskich, zadziwiać musi chęć rządu hiszpańskiego dopuszczenia do posiedzeń 9-tego międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, który ma w r. 1897. odbywać w Madrycie swe narady, aż sześciu języków urzędowych: hiszpańskiego, portugalskiego, francuskiego, włoskiego, angielskiego i niemieckiego.

Jeżeli już dotychczasowa wielojęzyczność na posiedzeniach nie tylko nic przyniosła nic dobrego, ale w znacznej części sparaliżowała czynności kongresów międzynarodowych, to tem bardziej nie można oczekiwać żadnych korzyści z powiększenia się liczby języków dopuszczonych do obrad kongresów, jeżeli każdy naród, u którego odbywa się kongres, zechce swój język przyczyniać. Upadek dobrej idei kongresów międzynarodowych będzie nieuchronnem następstwem takiego postępowania.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 16. b. m. Dr. **Hauser**, lekarz pułkowy i komendant szpitala garnizonowego w Tarnowie. — W dniu 18. b. m. **Stanisław Huzarski**, lekarz powiatowy w Szczuczynie w gubernii łomżyńskiej przeżywszy lat 51. — W dniu 13. b. m. w Czerniowcach Dr. **Wojciech Uszyński**, okulista, w wieku 54 lat. — W Łodzi lekarz **Jakób Garfunkel** w 39. roku życia. — W Marburgu w Hesyi profesor fizyologii Dr. **Külz**. — We Wrocławiu profesor rynologii, laryngologii i otyatryi **Dr. J. Gottstein.**

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 3. J. Mutermilch: O przyczynach zapalnych powikłań po operacyi zaćmy. J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym. W. Gajkiewicz: Trzy przypadki syfilisu mózgowia. W *Medycynie* Nrze 3. L. Lubliner: O polipie krwawiącym przegrody nosowej. W. S. Zawadzki: Przyczynek do patologii padaczki połowicznej (dokończenie). W *Nowinach lekarskich* zeszycie Styczniowym z r. b. W. Sobierański: Nowsze badania nad farmakologią żelaza. A. Jaruntowski: Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych. S. Jerzykowski: O wpływie utajonej rzeżączki na niepłodność niewiast. Kucharzewski: Przypadek ostrej nosacizny u człowieka. W *Przewodniku higienicznym* w Nrze Styczniowym z r. b. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 106.
1195.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskim potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 20. Lutego 1895.

Bohorodczany dnia 17. Stycznia 1895.

Prezes:
67—3—1 ***Józef Szeliński.***

L. 337. pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia opróżnionych dwóch posad lekarzy powiatowych I. klasy i jednej posady lekarza powiatowego II. klasy ewentualnie posad asystentów sanitarnych, rozpisuje się niniejszem konkurs do 20. Lutego 1895.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymagane rozporządzeniem Ministeryalnem z d. 21. Marca 1873. Nr. 37. dz. u. p. oraz w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie: kompetenci pozostający w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś, przez odnośne Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez dotyczące c. k. Dyrekcye policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 20. Stycznia 1895. 68—1—1

Rok XXXIV. Kraków 2. Lutego 1895 r. **Nr. 5.**

Redakcya: Przy ulicy Sebastyańskiej Nr. 8. Telefonu Nr. 118.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 181, Clinton and Inn. Bowery Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 40 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Sądzę, że pożytecznem będzie przytoczyć tutaj przypadek, który we własnej praktyce obserwowałem a który stanowczo dowodzi, że wrzód stwardniały nie zawsze sprowadza zakażenie ogólne.

Przypadek ten przytaczam w streszczeniu jako wyjątek z dokładnych moich zapisków:

W roku 1886. w czasie między 25. Maja a drugą połową Lipca spółkowało z chorą T. K. sześciu mężczyzn. U wszystkich tych panów, po dłuższym lub krótszym okresie wylęgania, wystąpiły wrzody stwardniałe na prąciu, u wszystkich z wyjątkiem jednego, wystąpiły one licznie (od dwu do trzech wrzodów). U pięciu z nich wystąpiły po drugim okresie wylęgania, który najkrócej trwał 33 a najdłużej 40 dni, zmiany ogólne pod postacią plam lub guzków. U niektórych zmiany ogólne poprzedzały bóle głowy, wypadanie włosów i ogólne osłabienie; w jednym przypadku wystąpienie guzków poprzedzała gorączka. Niektórzy obok zmian na skórze mieli nieznaczne kłykciny sączące w jamie ustnej. Stopień odżywienia chorych był rozmaitym; przytoczyć należy, że gorzej odżywieni chorzy, z przypadami lekkiej niedokrewności, okazywali cięższe nasilenie zmian niż dobrze odżywieni. Wrzody stwardniałe u wszystkich bez wyjątku leczono miejscowo, rtęci wewnętrznie nie podawano; natomiast wielki nacisk kładziono tam, gdzie tego było potrzeba, na poprawę ogólnego odżywienia przez podawanie odpowiednich środków.

Chora, z którą spółkowało tych sześć ofiar kiły, była 18-letnia blondynka T. K., z zawodu szwaczka, która w dniu przyjęcia jej do mojego oddziału, t. j. w dniu 7. Sierpnia 1886. roku do l. pr. 1093. okazywała prócz wybitnego powiększenia gruczołów karkowych prawych, mierne powiększenie gruczołów barkowych i pachwinowych. Na jej prawym migdałku znachodziła się była jedna kłykcina sącząca a na wargach wstydliwych mniejszych liczne kłykciny sączące, pod postacią ściśle ograniczonych nacieklych ekskoryacyj, skąpą wypociną pokrytych. Prócz tego znachodziło się zajęcie ścięgna mięśnia szerokiego prawego (*m. vastus externus dexter*). Z wywiadów nie można się było nic pewnego dowiedzieć o początku choroby, jej przebiegu i dotychczasowem leczeniu. Chora podała jednak, zapewne nie przywiązując do tego szczegółu większej wagi, iż w miesiącu Marcu tegoż roku porodziła dziecko, które w 5 tygodniu życia umarło.

Przebieg choroby u szóstego z owej spółki pacyenta, na którym nam najwięcej zależy, był następujący:

Pan X., lat 24 liczący, słuchacz V-go roku wydziału lekarskiego, zbudowany i odżywiony nieźle, był cery bladej, zdradzającej lekki stopień niedokrewności. Nie był dziedzicznie pod żadnym względem obciążony. W dniu 29. Lipca 1886. okazywał on trzy wrzody stwardniałe, które przed niespełna czterema tygodniami pojawiły się po spółkowaniu z wyżej wymienioną T. K. Jakkolwiek chory czasu wylęgania się wrzodu dokładnie oznaczyć nie może, twierdzi jednakowoż, że był on dość długim. Z wrzodów stwardniałych jeden usadowiony był w rowku zażołędziowym, drugi na wędzidełku a trzeci na około ujścia cewki moczowej, przechodząc na rowek czółenkowaty. Wrzody miały wszystkie cechy wrzodów stwardniałych, występujących pod postacią ekskoryacyi o podstawie stwardniałej tak, że uwzględniając jeszcze charakterystyczne powiększenie gruczołów pachwinowych lewych, rozpoznanie co do natury wrzodów nie ulegałoby nawet wtedy najmniejszej wątpliwości, gdyby źródło choroby nie było wiadomem.

Zalecono tylko leczenie miejscowe jak przylepiec rtęciowy i odpowiednie zachowanie się.

Wrzody w Sierpniu po dwutygodniowem leczeniu zagoiły się, pozostawiwszy po sobie stwardniałości. W tym czasie polecono choremu zażywanie wewnętrzne jodku potasu po 1 grm. dziennie. W połowie Września ustąpiły stwardniałości a gruczoły pachwinowe zmniejszyły się znacznie. Jodek potasu usunięto. W początkach Listopada gruczoły pachwinowe były zaledwo wymacalne, natomiast powiększył się gruczoł karkowy prawy.

Od początku mojej obserwacyi chory był przeze mnie za każdym razem szczegółowo badany co do zmian ogólnych. Oglądanie to odbywało się co trzy do czterech dni a zbytecznem jest chyba dodawać, że prócz tego sam chory,

jako medyk, świadomy doniosłości choroby, trwożliwie codziennie poszukiwał zmian kiłowych.

Wynik badania był ten, że do dnia 18. Października 1887. roku, do którego czasu chory pozostawał w Krakowie, nie było żadnych zmian następowych. Gruczoły w tym czasie nie były już powiększone.

Odtąd pilną kontrolę nad sobą objął sam chory a według jego zapewnień zmian żadnych nie dostrzegł.

W roku 1889. w dniu 24. Kwietnia miałem sam sposobność badać kolegę a wtedy nie znalazłem nic, coby mnie na przebytą a tem mniej na istniejącą kiłę naprowadzić mogło było. Zresztą kolega uroczyście zapewniał mnie, że przez cały ten czas, mimo najskrupulatniejszego badania się, nigdy nawet najlżejszych zmian kiłowych nie dostrzegł; przeoczenie stanowczo wykluczył.

Skoro w przytoczonym przypadku rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, zwłaszcza, że źródło infekcyi było nam znane a nadto towarzysze niedoli ulegli niewątpliwie kile, gdy mimo tego przy bardzo ścisłej obserwacyi chorego nie przyszło do zmian następowych, twierdzić muszę, że w moim przypadku, równie jak w powyżej przytoczonych w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e s p r o w a d z i ł z a k a ż e n i a o g ó l n e g o. Czy w takich razach uważać należy chorego już na zawsze za wolnego od zakażenia kiłowego, czy inaczej mówiąc, nie wystąpią u niego kiedyś objawy kiły późnej? na to pytanie, zdaje mi się, trudno jest dzisiaj coś stanowczego odpowiedzieć; obecnie jednak twierdzić należy, że w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e m u s i w k a ż d y m p r z y p a d k u s p r o w a d z i ć z a k a ż e n i a o g ó l n e g o. Dowodzi to tylko, że teren, na którym zarazek syfilityczny ma się przyjąć i rozmnażać, wymaga dla swego rozwoju sprzyjających okoliczności!

Jeżeli w niniejszej pracy odwołałem się na przypadki zabezpieczenia *(immunitas)* od jadu kiłowego pewnych osób, lub też na przypadki, w których zmiany następowe pojawiały się bez poprzedniego wrzodu pierrwotnego *(syphilis d'emblée)*, uczyniłem to dlatego, ażeby módz wykazać, iż zachowanie się jadu kiłowego wobec organizmu ludzkiego może być rozmaitem i że tem samem przypuścić należy, że przyjęcie się jego w miejscu złożenia zarazka zawisłem być musi od okoliczności jego rozwojowi sprzyjających. Natomiast te przypadki, w których po wrzodzie stwardniałym nie przyszło do ogólnego zakażenia, jasno dowodzą, że aby mogło nastąpić ogólne zakażenie, potrzeba również sprzyjających okoliczności do jego rozmnożenia się w organizmie, że nie dosyć jest, aby jad kiłowy w miejscu, na którem został złożony, przyjął się, ale, ażeby kiła stała się ogólną, potrzeba także, by z miejsca, na którym zarazek złożonym został, dostał się on do ogólnego krążenia i tam znowu mógł wywołać zmiany, które wtedy dopiero słusznie nazwiemy ogólnemi.

Koniecznie więc przyjąć należy, że w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e j e s t w y n i k i e m j u ż i s t n i e j ą c e g o z a k a ż e n i a o g ó l n e g o, l e c z, ż e o n j a k o t a k i s p r o w a d z a d o p i e r o t o z a k a ż e n i e.

Jakiego okresu czasu potrzeba, aby jad kiłowy w sprzyjających okolicznościach rozwinął swoje następstwa, o tem trudno jest nam coś stanowczego powiedzieć; opierając się jednak na codziennem doświadczeniu, twierdzić musimy, że lubo w przeważającej liczbie przypadków rozpowszechnienie tego jadu w organizmie odbywa się bardzo wcześnie, nie można znowu zaprzeczyć, że znachodzą się niekiedy okoliczności, które przemawiają zatem, iż w pewnych razach następuje albo opóźnienie wessania tego jadu, czyli że wrzód stwardniały przez dłuższy niż zwykle czas jest jeszcze chorobą miejscową, albo też, co nader rzadko się wydarza, p o z o s t a j e o n c h o r o b ą m i e j s c o w ą.

Za ostatnią ewentualnością przemawiają te przypadki, w których, jak to wyżej wspomniałem, po wrzodzie pierwotnym nie wystąpiły zmiany następowe, za pierwszą zaś możebnością przemawiają przypadki, w których po doszczętnem zniszczeniu wrzodu, organizm albo uwolnił się od zakażenia ogólnego, albo też co bez mała, jak to wykazałem w pracy swojej: P r z y c z y n e k d o k a z u i s t y k i w y c i n a n i a w r z o d u s t w a r d n i a ł e g o *(Przegląd lekarski* 1885.), zawsze się dzieje, że zmiany następowe pojawiają się bardzo łagodnie a cały przebieg choroby przedstawia się o wiele korzystniej aniżeli tam, gdzie wrzód stwardniały pozostawiono jego własnemu biegowi. Jeżeli zatem wrzód pierwotny, chociażby tylko do pewnego czasu, może być jeszcze chorobą miejscową, to nic dziwnego, że m o ż e o n b y ć z e s k u t k i e m n a t e j s a m e j o s o b i e p r z e s z c z e p i o n y m!

Że tak jest, wymownie tego dowodzą dwa moje przypadki, niemniej inne, przez rozmaitych autorów dostarczone spostrzeżenia.

W ten sposób zapatrując się na znaczenie wrzodu pierwotnego, mamy przed sobą jasno wytkniętą drogą co do swego postępowania lekarskiego.

W każdym zatem przypadku wrzodu stwardniałego, przed wystąpieniem zmian ogólnych, jeżeli tylko sama miejscowość na to pozwala, starać się należy wrzód pierwotny zniszczyć jak najrychlej i jak najdoszczętniej a jedynym do tego celu prowadzącym zabiegiem jest wycięcie wrzodu. Wycinając wrzód, pamiętać jednak należy, że zmiany wywołane przez zarazek kiłowy nieograniczają się tylko do samej stwardniałości, ale odnogi swoje zapuszczają daleko w otaczającą go na pozór zdrową tkankę. Wycięcie zatem powinno obejmować znaczną przestrzeń okalającej go tkanki a im wcześniej ono wykonanem będzie, tem pewniej spodziewać się można dobrych wyników, gdyż przez to tem skuteczniej zapobiegamy dalszemu szerzeniu się jadu kiłowego!

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Wynicowanie kiszki stolcowej na tle kamicy pęcherzowej.

Podał
Dr. Wiktor Idziński,
lekarz ord. tego szpitala.

Dnia 12. Listopada 1894 r. przyniosła góralka ze Sopotni Wielkiej syna swego pięcioletniego, Karola J. do tutejszego szpitala z podaniem, że syn ten cierpi już od roku na wypadanie kiszki stolcowej a w ostatnich czasach cierpienie to tak się pogorszyło, że kiszka tylko z trudnością daje się odprowadzić a dziecko dzień i noc płacze, zwłaszcza, że ma ustawiczne parcie tak na stolec jak i na mocz. Z wywiadów dowiedziałem się, że dziecko było zawsze zdrowe aż do 4-go roku życia, t. j. do roku zeszłego, w którym to czasie zaczęło się skarżyć na ból w brzuchu, przyczem idąc często

na stronę mało oddawało kału, natomiast prąc silnie, wydymało sobie coraz bardziej kiszkę stolcową. Czy dziecko przebyło czerwonkę, nie da się na pewno oznaczyć; matka podaje wprawdzie, że dziecku szła często krew z kiszki stolcowej, jednak mogło to być następstwem owrzodzeń na kiszce, zdarzających się w jej wynicowaniu. To jednak pewna, że w początkach choroby nikt ani w domu ani we wsi na czerwonkę nie chorował. Wypytywana matka o szczegóły odnoszące się do przewlekłego nieżytu kiszkowego, podaje, że dziecko miało i ma ciągle rozwolnienie, połączone z wydzielaniem się śluzu z kiszki wypadającej.

Badanie dziecka wykazało, że przedewszystkiem nie ma żadnej dyskrazyi a więc ani zołzów ani śladów przebytej krzywicy. Dziecko jest wzrostu odpowiedniego wiekowi, dosyć dobrze odżywione. Na głowie i twarzy nie ma żadnych zmian, język nie obłożony, narządy klatki piersiowej prawidłowe, brzuch lekko wklęsły, za dotykaniem niebolesny, żołądek i jelita puste. Śledziona i wątroba nie powiększone a pęcherz wypełniony na dwa palce ponad spojenie łonowe.

Z otworu stolcowego wydobywa się ciało odpowiadające wynicowanej kiszce stolcowej i kiszce esowatej, długie na 40 cm. a wygięte półkoliste. Błona śluzowa wynicowanej kiszki jest obrzękła, żywo czerwono zabarwiona, nie przedstawia jednak na powierzchni swej owrzodzeń ani też głębszych blizn po przebytej czerwonce. Dziecko ciągle płacze, nie daje się dobrze zbadać a przytem prąc ciągle oddaje co chwila to stolec zupełnie płynny, to mocz odchodzący zaledwie kilku kroplami.

Wobec powyższego wyniku badania przyjąłem chętnie dziecko do szpitala a to w tym celu, by odprowadzić wynicowane jelito a następnie utrwalić je w prawidłowem położeniu za pomocą szwów założonych na drodze laparotomijnej wśród jamy brzusznej. Operacya ta, podana pierwotnie przez Hutchinsona, bywa w ostatnich czasach chętnie stósowaną i daje z pomiędzy wszystkich innych sposobów leczenia wypadnięcia rzyci i kiszki stolcowej najlepsze wyniki, jak o tem miałem sposobność naocznie przekonać się na chorych, przedstawionych mi przez kolegę Bogdanika w szpitalu powszechnym w Białej.

Zanim przystąpiłem jednak do operacyi, postanowiłem zbadać przedtem chorego w uśpieniu chloroformem a to w tym celu, by się przekonać, o ile kiszka stolcowa daje się odprowadzić. Dziecko uśpiłem i wypadłą kiszkę odprowadziłem dosyć łatwo. Podczas tej czynności, dokonanej w narkozie połowiczej uderzyło mnie jednak, że ile razy dostawało dziecko parcia, tyle razy chwytało się równocześnie za prącie i wyciągało je ku przodowi, przyczem promień moczu urywał się nagle. Prącie dziecka tego przedstawiało się przytem znacznie wydłużone, napletek był odsunięty a skórka na napletku sucha i zgrubiała tak, jak u onanistów. Ponieważ jednak u dziecka pięcioletniego nie mogłem myśleć o samogwałcie w ścisłem słowa tego znaczeniu, zacząłem przypuszczać, że przyczyna znalezionych zmian na prąciu może być dwojaka.

Przedewszystkiem mogła być ona wynikiem czysto zwrotnego zadraźnienia nerwów płciowych, jakie bardzo często spotykamy w cierpieniach kiszki stolcowej; powszechnie bowiem wiadomo, że bardzo często u chorych na guzy krwawnicowe lub też przetoki rzyciowe spotykamy się i z zatrzymaniem moczu lub też odwrotnie z parciem na mocz, zwłaszcza po operacyi krwawnic lub przetoki; albo też przyczyna mogła tkwić w cierpieniu dróg moczo-płciowych.

Celem dokładnego rozpoznania postanowiłem zbadać narząd moczo-płciowy i mocz i w tym celu wprowadziłem cewnik z twardego kauczuku do pęcherza. Zgłębnika lub też cewnika metalowego o kalibrze odpowiadającym 5-letniemu dziecku nie mam u siebie w zapasie. Wprowadzony cewnik nie mógł wykryć żadnego ciała twardego w pęcherzu a wypuszczony po badaniu mocz do osobnego naczynia był czysty, oddziaływał słabo kwaśno i nie zdradzał składników nieprawidłowych. Badania swojego jednak nie uważałem za skończone a wiedząc, że często cierpienia pęcherza nie dadzą się drogą powyższą wykryć zupełnie dokładnie, wprowadziłem palec wskazujący do rzyci i obmacałem pęcherz. Znowu nic nieprawidłowego nie wyczułem. Dopiero wprowadziwszy dwa palce do rzyci i zastósowawszy badanie dwuręczne przez rzyć i powłoki brzuszne, odkryłem w górnej, prawej części pęcherza ciało umieszczone dosyć wysoko, bo na długość trzeciego palca, ciało twarde o powierzchni nierównej, okrągławe, wielkości orzecha włoskiego, nieznacznie tylko poruszalne. Przeczuwałem kamień a chcąc się zupełnie upewnić w rozpoznaniu, wprowadziłem po raz wtóry cewnik do pęcherza, jednak pomimo pomocy ze strony palców w rzyci nie mogłem dojść cewnikiem do wysuwalnego palcem ciała i wykazać cechującego tarcia cewnika o kamień. Pomimo tego, jedynie na mocy badania ręcznego rozpoznałem kamień pęcherza umieszczony w uchyłku a przypuszczając, że wynicowanie kiszki musi być tutaj w związku z zadraźnieniem pęcherza przez kamień, postanowiłem usunąć najpierw kamień a dopiero gdyby zabieg ten był bez skutku, przystąpiłbym do leczenia wynicowania.

Zdaniem mojem, w danym przypadku zadraźnienie zwrotne nerwów przeniosło się w odwrotną, niż powyżej wspomnianą stronę, t. j. ze strony pęcherza na rzyć i kiszkę esowatą.

Operacyi dokonałem dnia 15. Listopada 1894 r. przy łaskawym udziale kolegów Józefa Szajny z Żywca i Kleina z Rayczy. Po należytem oczyszczeniu i uśpieniu chorego, odprowadziłem wynicowaną rzyć i kiszkę esowatą i włożyłem do otworu stolcowego 6 tamponów z waty, opatrzonych nitkami. Chory jednak pomimo uśpienia parł tak silnie na stolec, że tampony zaraz po założeniu wypadły a włożone na powrót musiały być podczas całej operacyi przez kolegę asystującego utrzymywane w należytem położeniu. Po wstrzyknięciu 200 gramów ciepłego kwasu borowego do pęcherza wykonałem typowe cięcie nadłonowe w linii środkowej ciała i to poniżej otrzewny. Jako uczeń prof. Rydygiera powinienem wprawdzie trzymać się podanego przez niego cięcia wśródotrzewnowego, zwłaszcza, że miałem sposobność osobiście podziwiać znakomite wyniki tej operacyi. Przyznam jednak, żem się obawiał operacyi tej, nazwanej słusznie operacyą idealną, ale idealnie wykonywaną dotychczas prawie tylko przez jej autora i wybrałem sposób mniej ryzykowny a dający przecież zadowalniające wyniki i sądzę, że właśnie ten dobry osiągnięty wynik, mogący iść na równi z operacyą wśródotrzewnową, wyjedna mi przebaczenie za odstępstwo od jego szkoły.

Po oddzieleniu pęcherza poniżej załamka otrzewny nasunąłem sobie kamyk pod środkową część pęcherza i otwarłem go cięciem podłużnem ponad wypukłością kamienia a na-

stępnie włożywszy szczypczyki do pęcherza, wydobyłem kamień wielkości orzecha włoskiego o powierzchni nierównej, kolczastej.

Zauważyć należy, że równocześnie z wydobyciem kamienia chory przestał przeć na stolec i operacya mogła się dalej odbyć bez znaczniejszych przeszkód. Założyłem sześć szwów węzełkowych podwójnych, z których pierwszy rząd nie ujmował błony śluzowej, i w ten sposób zamknąłem szczelnie pęcherz. Zostawiwszy kawałeczek gazy w dolnej części rany, zeszyłem kolejno mięśnie brzuszne i skórę. Cewnik zostawiłem w pęcherzu komornem, połączywszy go lewarowato z naczyniem wypełnionem rozczynem kwasu borowego. Chorego ułożyłem na bok, tampony pozostawiłem nadal w kiszce stolcowej a wewnętrznie zadałem makowiec.

Przebieg pooperacyjny bardzo korzystny. Mocz odpływał cewnikiem bardzo dobrze; po usunięciu tamponów na drugi dzień kiszka nie wypada ani teraz ani w następnych dniach pomimo oddawania stolca. Parcia więcej nie ma. Ciepłota zawsze prawidłowa. Piątego dnia zmieniłem opatrunek a ponieważ kawałek gazy wsunięty do dolnego kąta rany nie przesiąkł moczem, wyjąłem go a przypuszczając, że cewnik może się zatkać od inkrustacyi, zmieniłem cewnik.

Dnia ósmego zaczyna odchodzić mocz obok cewnika, wobec czego usuwam cewnik zupełnie i wyjmuję szwy skórne. Odtąd oddaje chory mocz swobodnie, jakkolwiek ma trochę boleści od zadrażnienia cewki moczowej przez pozostawiony poprzednio komornem cewnik. W 14 dni po operacyi rana brzuszna zupełnie już zagojona a mocz odchodzi zupełnie prawidłowo; niema najmniejszych pozostałości po wynicowaniu jelit.

Przypadek opisany jest zdaniem mojem z wielu względów bardzo pouczający. Stanowiąc niejako dodatek do etyologii wynicowania kiszki stolcowej u dzieci, ilustruje on dokładnie, co znaczy w leczeniu pilne śledzenie pierwotnej przyczyny choroby, owo idealne dążenie do starej naszej maksymy: *cessante causa, cedit effectus.* Przypuśćmy, żem nie wykrywszy przyczyny wynicowania kiszki, przyszył śródotrzewnowo wypadłą kiszkę.

Gdyby chory przebył szczęśliwie operacyę, niewątpliwie nastąpiłaby musiała recydywa, któraby zrobiła ze mnie stanowczego przeciwnika tego rękoczynu, w ostatnich czasach tak zachwalanego.

Dokładne zbadanie i rozpoznanie uchroniło mnie od smutnych ewentualnie następstw a ponieważ przypadki podobne jak ten zdarzają się dość rzadko, sądziłem, że nie będzie zbytecznem może zwrócić nań uwagę.

Nie mam do dyspozycyi odpowiedniej literatury i nie wiem, o ile zwracano w ogóle dotąd uwagę na związek tych dwóch cierpień, t. j. wynicowania rzyci i kamienia w pęcherzu ze sobą, sądzę jednak, że właśnie to pilniejsze śledzenie związku tego zmniejszyłoby może znacznie nieświetne, jak dotąd, wyniki leczenia wynicowania rzyci i ośmielam się wypowiedzieć zdanie, że w każdym przypadku choroby tej należałoby zwrócić baczną uwagę na pęcherz.

Żywiec dnia 28. Listopada 1894.

III. Oceny i sprawozdania.

Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych przez Docenta Dra F. Wesenera. Przełożył Dr. St. Markiewicz według wydania niemieckiego z r. 1892. Warszawa 1894 r.

Kasa imienia Dra Mianowskiego, której staraniem i kosztem ten przekład został dokonany, oddała niemałą usługę naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, wydając drukiem to dzieło a kto zna wartość niemieckiego oryginału, ten z całą sumiennością może polecić ten przekład staranny i wierny przez Dra St. Markiewicza (chociaż z pewnymi błędami, właściwymi prasie warszawskiej, jak n. p. syfilisu, opłucni i t. p.). Rysunki, w warszawskiej pracowni Główczewskiego odbijane, bardzo dobrze świadczą o tej litografii.

Zresztą i cena nadzwyczaj przystępna, **bo tylko 2 ruble,** umożebnia niemal każdemu lekarzowi i uczniowi medycyny nabycie tego ze wszech miar pożytecznego podręcznika a nie wątpię, że się ono wkrótce rozejdzie i powiększy fundusze tak pożytecznej i zasłużonej instytucyi, jaką jest kasa Dra Mianowskiego w Warszawie. *Dr. J. Surzycki.*

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

W dwóch pozostałych przypadkach, w których krwawienie wystąpiło zaraz po operacyi, wina operatora jest znacznie prawdopodobniejszą. A przecież i tu najprawdopodobniej w czem innem należy szukać przyczyny krwawienia. W obu przypadkach krwotok był duży i groźny; krew gromadziła się wyłącznie w pęcherzu i rozciągając go, sprawiała dolegliwy ból i przykre parcie na mocz. W pierwszym przypadku, operowanym w Listopadzie 1893. mieliśmy do czynienia z przetoką bardzo rozległą. Zabieg operacyjny był trudny; zwłaszcza zakładanie szwów po bokach natrafiało na wielkie trudności techniczne. Krwawienie podczas zabiegu było mierne; nigdzie nie widzieliśmy większego naczynia przeciętego. Mieliśmy nadzieję, że po zaciągnięciu szwów krwawienie ustąpi całkowicie. Tymczasem już w godzinę po operacyi wystąpiły wyraźne objawy ostrej anemii obok parcia na mocz i bólów w podbrzuszu. Przestrzykiwanie pęcherza wodą borową zimną i worek lodowy na podbrzusze, injekcya ergotyny, wszystkie te środki zawiodły a niedokrewność rosła z każdą chwilą. W końcu doszła do takiego stopnia, że już ani chwili nie można było czekać. Chcąc wyszukać krwawiące miejsce, wyjęliśmy z trudem założone szwy, przyczem z pęcherza wypadły skrzepy świeże w ogromnej ilości. Ku wielkiemu zdziwieniu nie znaleźliśmy nigdzie większego krwawiącego naczynia a tylko krew sączyła się powoli z dużej, kolistej rany. Nie chcąc narażać pacyentki na dalszą utratę krwi, uchwyciliśmy krwawiące brzegi przetoki szczypczykami Peana. Krwawienie ustało. Po 24 godzinach usunęliśmy szczypczyki, ale jakież było nasze zdziwienie, gdy i teraz ze zgniecionej i na pozór zmortyfikowanej tkanki zaczęła się sączyć krew tak samo, jak przedtem powoli i w małej ilości. Nie pozostawało nic innego jak założenie powtórne szczypczyków, które tym razem zatrzymały już krwawienie na stałe. Wobec tego przebiegu nasuwa się przedewszystkiem przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z osobą skłonną w wysokim stopniu do krwawienia, u której niepozorne krwawienie miąższowe przybrało tak zastraszające rozmiary. Jest to naturalnie tylko przypuszczenie; nie chcemy stanowczo przeczyć, że mogło być inne źródło krwotoku,

n. p. skaleczenie błony śluzowej. Wobec znacznych trudności technicznych, z jakiemi połączony był zabieg, o takie skaleczenie wynicowanej błony śluzowej pęcherza nie trudno a błąd ten można było łatwo przeoczyć. Ale gdyby i tak było, zawsze nie da się zaprzeczyć, że powtórne miąższowe krwawienie po 24-godzinnym ucisku jest rzeczą niezwykłą i musi dawać do myślenia.

U drugiej pacyentki zabieg był również trudny, choć przetoka była mniejsza. Podczas zabiegu przecięto i podwiązano jakąś małą tętniczkę przy lewym końcu owalnej przetoki. Podobnie, jak w wyżej opisanym przypadku, objawy ostrej niedokrewności, bóle i parcie wystąpiły wkrótce po operacyi. Przestrzykiwanie nie przyniosło żadnego rezultatu tak, że w końcu zmuszeni byliśmy do wyjęcia szwów. Tym razem nie znaleźliśmy jednak nie tylko większego naczynia otwartego, ale nawet krwotoku miąższowego. Odsłonięte i dobrze widzialne brzegi rany były suche. Krwawienie ustało zupełnie. Jakaż więc była jego przyczyna? Prawdopodobnie podczas okrwawiania przecięliśmy jakieś nieznaczne naczynia żylne, które wkrótce po przecięciu same przestały broczyć. Jeżeli drut srebrny był przypadkowo założony tak, że zamykał lub silnie zaciskał większy pień odpływowy tych żył, to łatwo pojąć, że po zaciągnięciu szwu mogło się z powodu utrudnienia odpływu krwi rozpocząć na nowo uporczywe krwawienie. Wtedy oczywiście samo zdjęcie szwów, t. j. usunięcie ucisku i stworzenie swobodnego odpływu krwi mogło i nawet musiało być dzielnym środkiem tamującym krwawienie. I tu jednak podobnie jak w poprzednim przypadku zastrzegamy się, że nasza hipoteza jest tylko hipotezą. Śmiało jednak powiedzieć możemy, że z wszelkiem prawdopodobieństwem w obu przypadkach a tem bardziej w pierwszym, o którym wspomnieliśmy na początku, krwawienie pojawiło się bez naszej winy, lecz w następstwie przypadkowych i niekorzystnych stosunków: w pierwszym przecięcia kruchych tkanek, w drugim usposobienia do krwawień miąższowych, w trzecim ucisku żył odpływowych.

Z dopiero co opisanych przypadków wynika, że operacya przetoki nie jest rzeczą obojętną i że krwotoki po niej występujące mogą być groźne a nawet (patrz Ziembicki l. c.) stać się przyczyną śmierci. Operując przetokę, trzeba się więc liczyć z możnością krwotoku i dlatego

1. starać się o to, żeby krwotoku nie było,
2. mieć w pogotowiu pewny sposób tamowania go.

Co się tyczy pierwszego punktu, to przedewszystkiem nie trzeba operować zbyt wcześnie po porodzie; cały sześciotygodniowy połóg a nawet i kilka miesięcy potem winno się przeczekać. Chodzi tu o zmniejszenie się tych, podczas ciąży rozszerzonych splotów żylnych, o których mówi Ziembicki a które też i zdaniem Pozziego są źródłem krwawienia. O tem wspominamy z naciskiem dlatego, by zapobiedz temu, co się często przydarza, że sami lekarze przysyłają pacyentki do operacyi przed ukończeniem się okresu połogowego.

Powtóre chcąc uniknąć krwotoku, należy podczas zabiegu wszelkie naczynia tętnicze podwiązywać a na żylne zastósować ucisk szczypczykami. Obawa przed krwawieniem nie powinna jednak wpływać na głębokość i dokładność okrwawienia. Nie potrzebujemy w końcu dodawać, że należy się bardzo skrzętnie wystrzegać skaleczenia błony śluzowej pęcherza.

Że mimo tych wszelkich ostrożności może wystąpić krwawienie, dowodem nasze przypadki; to pewna jednak, że przestrzegając tych przepisów, ma się z nimi rzadziej do czynienia.

Kwestya leczenia tych następowych krwotoków nie jest jeszcze wyjaśniona. Droga najprostsza, choć już *a priori* wstrętna, jest zdjęcie szwów, wyszukanie miejsca krwawiącego i zatamowanie krwotoku. Założenie, z którego się wtedy wychodzi, jest to: skoro po operacyi krwawi, to z rany a jeżeli tak, to trzeba ranę zobaczyć. Droga ta jest nie miła dlatego, że się nią niszczy owoc żmudnej najczęściej pracy; z pewnością z wszystkich rękoczynów, jakieśmy w tym roku wykonali, to wyjmowanie szwów zaraz po ich założeniu było najprzykszejszem.

Jeżeli inne sposoby, n. p. świeżo przez Ziembickiego proponowany, okażą się równie pewne, będą już dlatego lepsze, że nie będą odbierać nadziei zagojenia się rany pochwowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Psychiatrya.

A. Westphal: **W sprawie etyologii i symptomatologii porażenia postępowego u kobiet.**

Na 148 przypadków porażenia postępowego u kobiet postrzeganych przez autora w berlińskiej *Charité* od Lipca 1891. do Stycznia 1893. nie dało się w 59 (39·8%) wykazać żadnej przyczyny choroby. W pozostałych 89 przypadkach można uznać za przyczynę raz tylko połóg, 8 razy klimakteryum, 8 razy dziedziczność, niekorzystne stosunki socyalne i psychiczne 6 razy, alkoholizm 5 razy, uraz 2 razy a kiłę 11 razy. Prócz tego była kiła prawdopodobnie w 48 przypadkach tak, iż w 40% przypadków trzeba uważać kiłę za pewną lub prawdopobną przynajmniej przyczynę choroby. Uwagi godną jest rzeczą, że w przypadkach, w których klimakteryum wypada uznać za przyczynę choroby, wystąpiło ono niezwykle wcześnie, co autor uważa nie za przyczynę, lecz za wczesny tylko objaw rozpoczynającej się już choroby.

Za okoliczność najwięcej usposabiającą uważa autor niekorzystne stósunki socyalne.

Co się tyczy kiły, to porażenie postępowe pojawiało się po upływie $1^1/_2$ do 23 lat od zarażenia się. Godne uwagi, że na 148 kobiet dotkniętych porażeniem postępowem nie było ani jednej kobiety publicznej, co zgadza się ze spostrzeżeniami Siemerlinga. Największa część kobiet z porażeniem postępowem, które przebyły kiłę, stanowiły osoby zamężne, z których tylko $^1/_4$ przebyła kuracyę przeciwkiłową.

Pod względem symptomatologicznym były: nierówność żrenic w 45%, brak oddziaływania w 50%, leniwe oddziaływanie w 26% a prawidłowe w 24% przypadków. Zanik nerwu wzrokowego był w 4% a porażenia mięśni ocznych w 6% przypadków.

Odruch ścięgnisty rzepkowy był w 25% utrzymany, w 22% nie było go całkiem, w 2% tylko po jednej stronie, w 2% był osłabiony a w 49% nawet powiększony.

Średni wiek chorych kobiet był między 30 a 40 laty; najstarsza pacyentka miała 66, najmłodsza 15 lat. Co się tyczy tej ostatniej chorej, wystąpiły u niej w 12. roku życia bóle kłujące w kończynach dolnych a następnie osłabienie wzroku (z jakiej przyczyny? Przyp. sprawozd. *Przeglądu lekarskiego)* na jednem oku znaczne, na drugiem utrata jego zupełna. Leczenie rtęciowe okazało się do pewnego stopnia skutecznem. W rok później bóle w kończynach dolnych odnowiły się, chód pogorszył się i wystąpiły zboczenia psychiczne. Odruchy ścięgniste rzepkowe zniknęły zupełnie. Wśród napadu padaczkowatego śmierć.

Autopsya potwierdziła rozpoznanie porażenia postępowego a na uwagę zasługuje, iż chora według własnego przyznania się oddawała się nierządowi między 8. a 12. rokiem życia i była zarażoną, tudzież, że bliscy jej krewni byli umysłowo niedołężni, matka zaś chorej w $1^1/_2$ roku po śmierci swej córki zgłosiła się do szpitala *Charité* również z porażeniem postępowem. *(Charité-Annalen.* Rok 1893).

R.

Okulistyka.

Ascher: **Przyczynek historyczny i doświadczalny do badań nad powstawaniem krótkowidzenia.**

Jakkolwiek w dawnej starożytności Arystoteles, Galen i Pliniusz zajmowali się sprawą wzroku krótkiego, to jednak wiadomości ich były pod tym względem niedostateczne i zupełnie błędne. Wprawdzie Pliniusz znał już po-

prawę wzroku krótkiego zapomocą szkieł, ale wynalazek właściwych okularów przypada dopiero na wiek dwunasty. O wiele później, bo w 1601 r. dowiódł Kepler, że obrazek przedmiotu widzianego powstaje na siatkówce a nie gdzieindziej; Boerhave zaś w r. 1746. wypowiedział zdanie, że przyczyną wzroku krótkiego jest nadmierna długość gałki ocznej i zbytnia krzywizna rogówki. Arlt (1854) pierwszy podał, że wydłużenie gałki odnosi się tylko do okolicy tylnego bieguna (*staphyloma posticum*, już przez Scarpę opisywane). Wprawdzie Guerin miał toż samo wypowiedzieć w r. 1769., lecz zdanie tego autora przebrzmiało bez zwrócenia najmniejszej na siebie uwagi.

Ścisła nauka o wadach refrakcyi powstała dopiero w czasach najnowszych, dzięki znakomitym pracom Dondersa i Helmholtza. Co jednak daje powód do powstawania wzroku krótkiego, jest pytaniem do dnia dzisiejszego jeszcze nierozstrzygniętem stanowczo.

Twierdzenie starożytnych, że wzrok krótki wytwarza się u ludzi zajmujących się pracą w pobliżu, potwierdziły wyniki badań, dokonanych przez Cohna, Reussa i innych na tysiącach młodzieży szkolnej.

I dziedziczność obwiniano jako przyczynę powstania wzroku krótkiego (Donders, Erismann, Schmidt-Rimpler, Stilling, Jäger i inni), lecz to twierdzenie zbito na podstawie badań, wykazując, że u noworodków oko ma budowę nadmiarową (Ely, Horstmann).

Najwięcej zwolenników znalazła teorya Dondersa i Graefego, mianowicie, że przyczyną nadmiernego wydłużenia gałki ocznej jest zbytnia i ciągła konwergencya i akomodacya, której potrzeba przy pracy w pobliżu.

Konwergencya w ten sposób, że mięśnie proste wewnętrzne, kurcząc się, uciskają nadmiernie ściany gałki i zmuszają ją tym sposobem do wydłużenia się; akomodacya zaś dlatego, że zwiększając ucisk śródoczny, ciśnie tem samem na tylny biegun gałki oka. Ale i tutaj nie zbywało na przeciwnikach. Zarzucono tej teoryi, że najpodatniejszą częścią ścian oka nie jest tylny biegun, lecz blaszka sitkowata i nerw wzrokowy, że zatem powstaćby musiała przedewszystkiem ekskawacya, a po drugie, że mimo ciągłego akomodowania i konwergowania wzrok nadmiarowy nie przeistacza się w krótki.

Stilling zmodyfikował teoryę Graefego i Dondersa, twierdząc, że nie mięsień prosty wewnętrzny, ale skośny górny jest właśnie tym mięśniem, który swym uciskiem oko wydłuża; to zaś następuje wtedy, gdy oczodół jest niski. Krótkowidzenie byłoby zatem następstwem budowy czaszki a więc właściwością rasową, tem samem wrodzoną, cała zaś higiena oczu pozbawiona podstawy. Jednakże ani Cohn, ani Schmidt-Rimpler, którzy tak samo jak Stilling robili pomiary oczodołu i zbadali stósunek jego wymiarów do rodzaju refrakcyi, nie doszli do tych wyników jak Stilling a nie znajdywali mianowicie nigdy żadnej różnicy w budowie oczodołów, gdy jedno oko było nadmiarowe a drugie krótkowidzące, jakby tego teorya Stillinga wymagała. Wreszcie Hassner twierdził na podstawie swoich pomiarów, że zbyt krótki nerw wzrokowy naciąga twardówkę w tylnym biegunie gałki i tym sposobem daje powód do powstania krótkowidzenia. Ale ani Schneller, ani Stilling, sprawdzając wyniki tych pomiarów, przyklasnąć nie mogli tej teoryi, nie znalazłszy wybitnych różnic w długości nerwu wzrokowego.

Ascher, opuściwszy drogę obserwacyi, wziął się do doświadczeń na zwierzętach. W tym celu przeszywał mięsień prosty dolny i wewnętrzny ku przodowi u królików mających 3—5 tygodni, których oczy okazywały nadmiarową budowę = 1 dyoptryi, aby w ten sposób wywołać podobną zbieżność osi ocznych, w jakiej znajdują się oczy uczącej się (zatem dorastającej) młodzieży; w drugim szeregu doświadczeń zapuszczał do jednego oka takich młodych królików ustawicznie ezerynę, wywołując ciągły skurcz akomodacyi, wreszcie w trzeciej seryi królików nietylko przemieszczał mięśnie ku przodowi, ale zarazem zapuszczał i ezerynę. Doświadczenie trwało zawsze dopóty, dopóki zwierzę zupełnie nie wyrosło, zatem mniej więcej do 4 miesięcy. Dla kontroli pozostawiał oko drugie u każdego królika nietknięte.

Badanie, po śmierci królików uskutecznione, nie wykazało ani wydłużenia osi ocznych, ani garbiaka tylnego, ani ścieńczenia twardówki. Oko nie różniło się niczem od oka drugiego prawidłowego. Doświadczenia te przemawiałyby zatem przeciw teoryi obwiniającej akomodacyę i konwergencyę o wywoływanie krótkowidzenia. (*Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde*. XVI. 1894. Listop.). *Dr. Brudzewski.*

Chirurgia.

Prof. Bloch (z Kopenhagi). **O neuralgicznej postaci zapalenia kości (Gosselin).**

Zdarza się nieraz, że pomimo, że istnieją wszystkie dane kliniczne, wskazujące na obecność ropnia kostnego, chirurg w czasie operacyi nie znajduje nie tylko ropy, ale w ogóle żadnego patologicznego zagłębienia w kości; operacya pomimo to usuwa wszystkie objawy choroby.

Prof. Gosselin dla wyjaśnienia tej zagadki podzielił należące tu przypadki na trzy kategorye: 1) ropni kostnych rzeczywistych, 2) wrzekomych ropni, 3) zapaleń kostnych neuralgicznych; pod tę ostatnią kategoryę podprowadza przypadki, gdzie operacya zagłębienia patologicznego w kości nie wykazuje. Przypadki te Gosselin objaśnia przerostem kości *(osteitis condensans)*, która ma uciskać gałązki nerwów.

Przeciwko zdaniu Gosselina pierwszy powstał M. Heydenreich z Nancy. Zwrócił on uwagę, że prócz tożsamości objawów opisana przez Gosselina postać ma tę samą lokalizacyę, co i ropnie kostne, spotyka się u osób tegoż samego wieku i miewa w wywiadach równie, jak i ropnie, poprzedzające zapalenie kości. Dalej M. Heydenreich wie o sześciu takich przypadkach, gdzie chirurgowie rozpoznali zapalenie kości neuralgiczne Gosselina, ponieważ nie znaleźli w kości ropnia, pomimo istnienia jego objawów; w przypadkach tych jednak autopsya wykazała obecność ropnia. Opierając się na tem wnosi Heydenreich, że zapalenie kości neuralgiczne Gosselina nie istnieje. Bloch uważa zdanie Heydenreicha za nieusprawiedliwione: Bloch na 19-cie przypadków, gdzie rozpoznał ropień w kości, spotkał je cztery razy. Etyologię tej sprawy, podaną przez Gosselina, równie jak i przyjętą przez niego nazwę, uważa Bloch za fałszywą, chociażby z tego powodu, że często nie bywa tu przerostu kości. Bloch jest zdania, że zapalenie kości, opisane przez Gosselina jako neuralgiczne, jest jedną z postaci zakaźnego zapalenia szpiku kostnego; dowodzi tego w następujący sposób.

Objawy kliniczne ropni kostnych i opisanej przez Gosselina postaci są takież same. Etyologia obydwóch tych spraw jest również taka sama: poprzedza je zwykle zapalenie szpiku kostnego zakaźne, ostre; stwierdzają to wszystkie przypadki, obserwowane przez Blocha, również, jak i szczegóły, podane przez Heydenreicha; obydwom tym chorobom podlegają osoby młode, których kościec nie jest jeszcze ostatecznie ukształtowany, również w obydwóch przypadkach sadowi się sprawa w jednej z kości długich w pobliżu chrząstki nasadowej. Wobec tego powstaje przypuszczenie, że i patogeneza jest tu wspólna i odpowiada patogenezie zapalenia szpiku kostnego. Rzeczywiście z ogólnej liczby 15-tu operowanych przez siebie ropni kostnych wykazał Bloch w jedenastu obecność *staphylococcus pyogenes* (w części *aureus*, w części *albus*). Jako rzecz bardzo ważną, zwraca on uwagę, że mikroby te znajdowały się nietylko w treści jamy kostnej, ale w 8-iu przypadkach i w otaczającej tkance kostnej, która przy badaniu okiem nieuzbrojonem zdawała się jedynie trochę przekrwioną. Dalej w dwóch z czterech operowanych przez siebie przypadkach zapalenia kości neuralgicznego Gosselina Bloch, po wprowadzeniu kawałków przekrwionej tkanki kostnej do agaru i żelatyny, otrzymał również hodowle *staphylococcus pyogenes* (w części *aureus*, w części *albus*). Wobec tego, obydwie porównywane tu sprawy uważa autor za identyczne, wywołane przez zakaźne zapalenie szpiku kostnego i różniące się

jedynie siłą infekcyi. Potwierdza to okoliczność, że zapalenie szpiku kostnego, poprzedzające ropień kostny, ma zwykle przebieg ostry; takież zaś zapalenie, poprzedzające opisaną przez Gosselina postać przebiega podostro lub chronicznie. Ścisły związek podostrego zapalenia kości z tą sprawą chorobową stwierdził Bloch w przypadku, gdzie u 14-to letniego chłopca a w 5-tym tygodniu podostrego zapalenia szpiku kostnego krętarza wielkiego powstały objawy ropnia kostnego; operacya wszakże wykazała jedynie przekrwienie tkanki kostnej, w której następne badanie wykryło gronkowiec złocisty i biały. *(Revue de Chirurgie Nr. 8. Août. 1894)*.

A. Majewski.

Zapiski terapeutyczne.

15. O. Soltmann: Leczenie błonicy surowicą swoista (ze szpitala dla dzieci w Lipsku). Tylko zmuszony okolicznościami a niechętnie podaje autor do wiadomości ogółu swe spostrzeżenia, nie spodziewając się z dotychczasowych doświadczeń terapeutycznych ani swoich ani i cudzych rzetelnego sądu o leczniczej wartości surowicy swoistej w błonicy.

Autor używał wyłącznie przetworu Behringa i to tylko nru pierwszego i drugiego z fabryki w Hoechst.

Do wymagania Behringa, ażeby surowicą swoista leczyć błonicę zaraz z samego początku, t. j. w pierwszych trzech dniach, gdyż tylko wtedy można się spodziewać na pewno pomyślnego całkiem skutku, autor nie mógł się zastósować uważając je za proste *pium desiderium* raz, ponieważ najczęściej nie można na pewno oznaczyć początku choroby a następnie, ponieważ do szpitala dostają się dzieci z błonicą zazwyczaj w późniejszym o wiele okresie choroby, nieraz w stanie bez żadnej nadziei lub nawet już umierające. Nie można i o tem zapominać, że przypadki do ścisłych doświadczeń przeznaczone trzeba dokładnie badać bakteryologicznie, ażeby z nich wybierać do leczenia surowicą tylko te, w których obecność laseeznika Loefflerowskiego dowodzi na pewne prawdziwej błonicy, Behring bowiem oświadcza wyraźnie, iż surowica jego nie wpływa ani na błonicę w przebiegu płonicy ani na zapalenia gardła do błonicy tylko podobne.

Z cyfr przez autora podanych wypada, iż od 1. Kwietnia do 31. Grudnia r. z. leczono w lipskim szpitalu dla dzieci z prawdziwą błonicą 193 osób, z których umarło 50 czyli 27%. W pierwszych czterech miesiącach, w których nie używano surowicy swoistej, leczono 71 dzieci, z których umarło 28 czyli 39·8%. W ostatnich pięciu miesiącach roku leczono 122 dzieci, przeważnie surowicą, z których zmarło 22 czyli 18% a mianowicie umarło z przypadków leczonych innymi środkami, nie zaś surowica 27.2%, z leczonych zaś surowicą Behringa tylko 14·6%. Różnica przeto znaczna i wybitna.

Liczb tych wszakże nie można kłaść wyłącznie na karb surowicy, ponieważ charakter epidemii w Lipsku był w pierwszych czterech miesiącach o wiele złośliwszy niż w następnych pięciu, za czem przemawiaja także cyfry śmiertelności w pierwszych trzech miesiącach (60%, 26% i 38%). Dopiero od Listopada stała się epidemia błonicy znów złośliwszą tak, iż śmiertelność w poprzedzających miesiącach 7% i 10% doszła w Listopadzie do 18·5% a w Grudniu nawet do 35·9% mimo, iż prawie wszystkie przypadki leczono surowica. Częściowo to znaczne powiększenie się śmiertelności pochodzi z wystąpienia epidemicznie płonicy i mięszanych form błonicy.

Dlatego wśród takich stósunków autor liczbom statystycznym nie przypisuje wielkiej ważności, lecz radzi wobec nieznajomości sposobu działania surowicy baczyć, jak choroba przebiega pod wpływem tego środka.

W publikacyach dotychczasowych zwracano przeważnie uwagę nawet z pewnym naciskiem, iż pod działaniem surowicy swoistej oddzielają się rychlej błony wrzekome z nosa, gardła i krtani i również rychlej ustępują objawy nieżytu oskrzelowego. Jakoż autor widział to w 28 przypadkach swoich na 89, ale każdy praktyk wie, iż toż samo dzieje się i bez użycia surowicy. Najczęściej wszakże tak nie bywa. Z drugiej jednak strony widział autor wbrew spostrzeżeniom innych, że w przypadkach leczonych surowicą dławiec błoniczy *(croup diphthericus)* schodził do najdrobniejszych oskrzeli a nawet wywoływał ogniska zapalne w płucach. Ta zmiana tęgich, nie wykrztuszonych błon wrzekomych w masę płynną, papkowatą lub mleczną po użyciu surowicy cechowała się na zwłokach już zewnętrznie właściwym rysunkiem jako zapalenie płuc aspiracyjne, podobnie, jak to autor widział w przypadkach błonicy leczonych pilokarpiną.

Drugą okolicznością, która odnoszono do pomyślnego działania surowicy, był nagły po wstrzyknięciu surowicy spadek temperatury, który widział autor w ciężkich i lekkich przypadkach 18 razy na 89. Ale i ten spadek widział autor w przypadkach nieleczonych surowicą, co prawda wszakże, tylko w przypadkach błonicy czystej gardła lub gardła i nosa. Spadek ten jednak temperatury nie był zwykle stały, lecz temperatura nieraz znów się podnosiła a potem dopiero opadała zwolna w ciągu 6 do 14 dni.

Pomyślny wpływ na tętno widział autor tylko w pięciu przypadkach; w innych puls pozostał prędkim, często drobnym i nieregularnym, w czterech zaś przypadkach przyszło nawet po wstrzyknięciu niespodziewanie do śmiertelnego zapadu. Nie można przeto mówić o podniecaniu czynności serca za pomocą surowicy.

Białkomocz dosyć znaczny i utrzymujący się przez kilka dni pojawił się w 26 przypadkach, w 19 zaraz po wstrzyknięciu surowicy. Osutki w postaci pokrzywki, zwykle rozpoczynającej się od miejsca wstrzyknięcia lub w postaci rumienia więcej lub mniej rozpostartego przebiegały zawsze pomyślnie. Porażenia pobłonicze (nie rachując lekkich porażeń podniebienia miękkiego) widział autor pięć razy, z nich cztery rozległe i ciężkie w przypadkach leczonych surowicą.

Nawroty choroby pojawiły się trzy razy a w jednym przypadku wystąpiła błonica, lubo lekka u dziecka przed trzema tygodniami surowicą uodpornionego.

Wbrew twierdzeniu Behringa nastąpiła śmierć w 13-tu przypadkach, leczonych surowica w czterech pierwszych dniach choroby, o ile jej początek oznaczyć można; naodwrót kończyły się pomyślnie przypadki leczone surowicą w 6., 8. a może nawet i w 10. dniu choroby.

Szkodliwych skutków ubocznych, któreby na pewno odnieść można do surowicy, autor nie widział, ostatecznego wszakże zdania w tej mierze teraz jeszcze wyrzec nie można. To jednak tylko oświadcza autor, iż tak znacznych i właściwych zwyrodnień serca, nerek i wątroby nie widział autor nigdy dawniej, jak teraz po użyciu surowicy.

Wobec tego wszystkiego nie można obecnie wydać stanowczego orzeczenia o skuteczności i wartości leczniczej surowicy, tem bardziej, iż liczba spostrzeżeń klinicznych jest za mała a czas obserwacyi za krótki. Każdy przypadek z osobna, każda epidemia, każda miejscowość mają tyle odrębnych właściwości, iż tylko badanie zbiorowe na wielki rozmiar w rozmaitych miejscach, w różnych epidemiach i w różnych czasach mogą mieć w tej mierze znaczenie. Ale to wszystko nawet jeszcze nie wystarczy, jeżeli się nie pozna sposobu działania surowicy swoistej a mianowicie, dopóki całe działanie tych hipotetycznych zresztą antytoksyn nie przestanie być tylko przypuszczeniem. I fizyologowie, którzy w tej sprawie jeszcze nie zabrali głosu, mają tu także coś do powiedzenia. Nawet samą sprawę odmierzania dawki trzeba jakoś uporządkować, nie wydaje się bowiem autorowi rzeczą właściwą, by miary na śwince morskiej uzyskane przenosić przez prostą rachubę na wagę w jednostkach immunizacyjnych na człowieka!

Również trzeba zmienić i wyrabianie surowicy, to jest usunąć z niej to, co nie jest obojętnem a do rzeczy przecież nie należy. Surowica bowiem Behringa, jak znajduje się w handlu, zawiera 0·5% czyli w dawce 10-gramowej, zwykle używanej 0·05 karbolu a w 20 gramach 0·10, to jest największą ilość dozwoloną dla użycia wewnętrznego u czło-

wieka dorosłego. Wiadomo, jak dzieci a mianowicie dzieci w wieku najczęściej przychodzącym do leczenia na błonicę, są wrażliwe na kwas karbolowy i jak w ogóle obserwowano już otrucie, po użyciu wewnętrznem lub zewnętrznem, nawet małemi ilościami tego środka. Pytanie przeto, czy owe zmiany po wstrzyknięciu surowicy w tętnie i temperaturze a nawet białkomocz nie są skutkiem działania kwasu karbolowego. Autor nie twierdzi bynajmniej, że tak jest, ale przypomina zarazem, że kwas karbolowy już dawno zalecano w błonicy wewnętrznie i zewnętrznie i chwalono sobie jego działanie. Kwas karbolowy trzeba przeto usunąć z surowicy leczniczej.

Nie można w końcu zapominać, że błonica wywołana u zwierząt przez wstrzykiwanie podskórne, nie jest tem samem, co błonica u człowieka powstała przez zarażenie się, że mimo całego znaczenia laseczników Loefflerowskiego dla błonicy u człowieka powstaje błonica skutkiem połączonego działania kilku mikrobów i dlatego, gdyby nawet surowica lecznicza była tak skuteczna, jak podają, nie obejdzie się w błonicy bez leczenia miejscowego. To połączenie leczenia miejscowego z ogólnem może się okazać skuteczniejszem od wszystkich sposobów dotychczas używanych.

W każdym razie trzeba robić dalsze doświadczenia z surowicą, ale pamiętać, iż orzeczenie ostateczne o jej wartości leczniczej nie opiera się tylko na postrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach na zwierzętach, ale musi polegać także i na pracach w zakładach fizyologicznych, farmakologicznych i patologicznych. *(Deutsche med. Wochenschrift* 24. Stycznia 1895).

16. G. Gradenigo (w Turynie): Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego. Zasada, której trzyma się autor w leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego, polega z jednej strony na zachowaniu ścisłej aseptyki, z drugiej na unikaniu takich manipulacyj, jak wdmuchiwanie leków, skrupulatne czyszczenie ucha watą, przedmuchiwanie i t. d., które drażnią ucho chore i popierają mechanicznie rozsiewanie się zarodków zakaźnych.

W przypadkach bardzo świeżych, gdy bóle trwają dopiero od kilku godzin, błona bębenkowa jest zaczerwieniona tylko u góry a bystrość słuchu znacznie jeszcze nie osłabła, próbuje autor chorobę przeciąć i w tym celu zaleca choremu pozostać w domu, nawet w łóżku, ogranicza mu stósownie dyetę, daje płukania do gardła a do przewodu słuchowego zewnętrznego zaleca wpuszczać po kilka kropel roczynu oczywiście ogrzanego:

Rp. *Acidi carbolici glacialis (neigeux)* 0·75—1·00
Natrii chlorati 4·00
Aquae destil. coctae 50·00
MDS. Zewnętrznie.

Roczyn ten działa antyseptycznie a zarazem koi ból; dodatek chlorku sodu przeszkadza zmacerowaniu przyskórka przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej.

Obok tego mogą chorzy, mający już w tej mierze wprawę, przepłukiwać sobie nozdrza wodą nieco słoną, przedtem przegotowaną.

To proste leczenie wystarcza bardzo często do przerwania choroby.

Jeżeli przeciwnie bóle utrzymują się a badanie przedmiotowe wykazuje ropę w uchu środkowem, trzeba jak najrychlej przekłuć błonę bębenkową. Przed tym rękoczynem należy naprzód przepłukać przewód słuchowy zewnętrzny 1°/₀₀ roczynem sublimatu, następnie w celu znieczulenia miejscowego zapuścić kilka kropel 10% roczynu kokainy, zawierającego 1% kwasu karbolowego a potem naciąć błonę bębenkową w odcinku tylnym dolnym. Bez względu, czy ropa wystąpi z otworu czy nie, należy się wstrzymać od wszelkich manipulacyj, mających na celu przyśpieszenie wydalenia wypociny, które tylko drażnią ucho środkowe. Jeżeli ropa nie pokaże się wcale, to i tak paracenteza błony bębenkowej przyda się do złagodzenia bólów, otwór zaś zagoi się po 24 godzinach. Jeżeli zaś ropa pokaże się, będzie mieć swobodny odpływ na zewnątrz przez otwór, który w razie potrzeby można rozszerzyć przez cięcie poziome, schodzące się z końcem dolnym pierwszego, oczywiście po zapuszczeniu przedtem wymienionego roczynu kokainy.

Po paracentezie autor wstrzymuje się od zapuszczania do ucha jakichkolwiek płynów antyseptycznych, by zapobiedz zbyt wczesnemu zamknięciu się otworu błony bębenkowej, gdy jeszcze trwa ropienie w uchu środkowem.

Ażeby być pewnym tego odpływu ropy, t. j. uniknąć zbyt rychłego zagojenia się sztucznego otworu, należy małym pęczkiem waty, osadzonym na pręciku usunąć ropę i krew z przewodu słuchowego, bacząc starannie, by przytem nie dotknąć się błony bębenkowej, a potem założyć wąski pasek gazy jodoformowej, wprowadzonej do przewodu słuchowego.

Tylko w razie, jeżeli ropy wylewa się dużo, wolno przewód słuchowy przepłukać bardzo delikatnie letnim roczynem sublimatu 0·10°/₀₀ a następnie założyć gazę jodoformową.

Taki pasek gazy jodoformowej z jednej strony wsysa ropę, z drugiej zapobiega jej rozkładaniu się.

Wystający na zewnątrz koniec gazy jodoformowej przytwierdza się kilkoma warstwami tejże samej gazy. Opatrzenie to zmienia się w miarę potrzeby a w końcu wymienia je na prosty pęczek bawełny, który można przytwierdzić kolodyonem do małżowiny.

Jeżeliby się bóle utrzymywały i zaczęły pojawiać znaki zajęcia wyrostka sutkowego, można użyć kilku pijawek.

Jeżeli po 3 lub 4 tygodniach ropienie nie ustaje, należy przed każdą zmianą opatrzenia użyć miejscowo kąpieli letnich przez 15 do 20 minutach codziennie z 0·10°/₀₀ roczynu sublimatu. Oczywiście należy przedtem przekonać się wziernikiem, że otwór w błonie bębenkowej jest dostatecznie wielki. *(La semaine médicale* 23. Stycznia 1895).

IV. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Strony towarzyskiej I. kongresu internistów francuskich nie mogę nazwać świetną. Lugduńczycy mają we Francyi wyrobioną opinię, jako ludzie chłodni i sztywni, zwłaszcza w przeciwieństwie do Paryżan; to też atmosfera, jaka panowała na dwu zebraniach towarzyskich, jakie się podczas kongresu odbyły, nie należała do rzędu najcieplejszych. Pierwsze z tych zebrań, o charakterze zupełnie prywatnym, był to *Punch*, wydany w jednej z większych kawiarni lugduńskich przez komitet organizacyjny wieczorem pierwszego dnia kongresu. Zebranie to trwało niespełna 1½ godziny a brakowało na niem bardzo wielu uczestników, którzy na posiedzeniach kongresu tego dnia byli obecni. Drugie zebranie nosiło charakter zupełnie urzędowy. Prawie jednocześnie z I. kongresem internistów francuskich odbywał się w Lugdunie kongres profesorów wyższych zakładów naukowych *(Congrès de l'enseignement supérieur)*, który ściągnął do tego miasta bardzo wielu profesorów wyższych zakładów naukowych oraz przedstawicieli ministeryum oświaty. Prof. Gailleton, burmistrz miasta Lugdunu, przyjmował w starożytnym ratuszu uczestników obydwu kongresów. Kilkanaście pięknych sal, których ściany pokrywają stare portrety, herby burmistrzów lugduńskich oraz liczne malowidła, przedstawiające rozmaite chwile z dziejów miasta, roiły się przez kilka godzin przy wspaniałem oświetleniu oraz dźwiękach miejskiej

orkiestry więcej i mniej udekorowanemi postaciami męskiemi oraz pokaźną liczbą pań w toaletach balowych.

Z wybitniejszych osobistości byli obecnymi na przyjęciu u burmistrza lugduńskiego: Liart, dyrektor wyższych zakładów naukowych (*Directeur de l'enseignement supérieur*), członek ministeryum oświaty, przewodniczący zjazdowi profesorów wyższych zakładów naukowych, członkowie Akademii francuskiej Brunetière i Boissier, Charles, rektor akademii lugduńskiej, Dufour, rektor Akademii lozańskiej (Lausanne), Perroud, rektor Akademii tuluskiej (Toulouse), Chautre, profesor wszechnicy genewskiej i wielu innych. W sali Henryka IV. urządzono bufet, w t. z. zaś sali białej odbył się około północy doskonały koncert wokalny, w którym popisywały się pierwszorzędne siły miejscowej opery.

Nazajutrz t. j. w niedzielę, dnia 28. Października o g. 9. rano rozpoczęła się uroczystość odsłonięcia pomnika Klaudyusza Bernarda, wystawionego na skwerze przed głównym frontem gmachu fakultetu lekarskiego. Uroczystość ta zgromadziła tego dnia bardzo wielu przedstawicieli rozmaitych zakładów naukowych oraz młodzieży akademickiej z różnych stron. W celu uczczenia pamięci wielkiego fizyologa przybyli na tę uroczystość: Liart, Bertrand, sekretarz stały Akademii francuskiej, Boissier, Brunnetiere, Chauveau, lord Reay, delegowany uniwersytetu gryfijskiego (Greifswald), prawie wszyscy profesorowie uniwersytetu lugdunskiego, Bayet, rektor Akademii w Lille, Viry, zastępca dyrektora wojskowej szkoły lekarskiej, Coconnier, rektor Akademii fryburskiej, van Hamel, delegowany uniwersytetu getyńskiego (Goettingen), Dufour, rektor uniwersytetu lozańskiego (Lausanne), Forster, delegowany z uniwersytetu w Bonn i wiele innych wybitnych osobistości, jakoto wyższych urzędników państwowych, dygnitarzy wojskowych, przedstawicieli świata handlowego, artystycznego, wreszcie przedstawiciele szwajcarskich stowarzyszeń akademickich i elegancka publiczność lugduńska. Rektorzy uniwersytetów wystąpili we wspaniałych średniowiecznych strojach, dygnitarze zaś państwowi i przedstawiciele armii w mundurach błyszczących od haftów i orderów. Gdy zebrani zasiedli na wielkiej w tym celu zbudowanej trybunie, wybitej czerwonym aksamitem ze złoconemi dekoracyami, całość przedstawiała się nadzwyczaj malowniczo. Pierwszy przemawiał prof. Lortet, dziekan wy. działu lekarskiego, jako prezes komitetu budowy pomnika. Gdy zasłona spadła, ukazała się widzom postać wielkiego fizyologa w stroju laboratoryjnym, t. j. w fartuchu; w jednem ręku trzyma on rozpiętą na deszczułce żabę, w drugiem zaś skalpel. Wyraz twarzy ma być doskonale pochwycony, jak twierdzą ci, którzy osobiście znali Klaudyusza Bernarda. Pomnik ten został wykonanym przez Auberta; jako dzieło sztuki nie stoi on wyżej od pomnika, jaki wystawiono wielkiemu fizyologowi w Paryżu, w pobliżu Sorbonny, na skwerze przed College de France. Po wstępnej przemowie Lorteta zabrał głos delegowany Akademii francuskiej, Brunetière i miał znakomitą mowę, często przerywaną zupełnie zasłużonemi oklaskami. Mowa ta była zarówno pod względem treści jako też i formy tak świetną, że jakkolwiek trwała ona blisko godzinę, słuchano jej do końca z najwyższem zajęciem i zainteresowaniem się, a wrażenie, jakie na słuchaczach zrobiła, było niezmiernie silnem. Jest nadzwyczaj trudno przetłómaczyć taką mowę a cóż dopiero streścić ją w innym języku!

To też nie kusząc się bynajmniej podać czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* mowę Brunetiera w dokładnem streszczeniu, na podstawie którego możnaby sobie wyrobić zdanie o jej wartości, ograniczę się do podania w kilku wierszach głównych myśli, stanowiących tło, na którem wymowny akademik osnuł swą przemowę. Zastrzegłszy się, że nie czuje się powołanym do publicznego ocenienia zasług Klaudyusza Bernarda jako fizyologa, zwłaszcza wobec tego, że Józef Bertrand przybył na uroczystość i przyjmuje w niej udział, Brunetiere poświęcił pierwszą część swej mowy stronie literackiej dzieł wielkiego fizyologa, czyli jego sztuce pisania. Wręcz przeciwnie temu, jak to czyni wielu współczesnych sławnych pisarzy, którzy znane i do pewnego stopnia przez społeczeństwo już przeczute myśli oblekają w formę nową, oryginalną, Klaudyusz Bernard, który zasadniczo zreorganizował, niejako stworzył naukę, jaką uprawiał, przedstawiał swe odkrycia, fakty nowe i nieznane w taki sposób, że stawały się one dla wszystkich zrozumiałemi. Nie tworząc specyalnych wyrażeń technicznych, niezrozumiałych dla ogółu, Klaudyusz Bernard posługując się jedynie powszechnie zrozumiałem słownictwem, umiał ze znanych wyrazów niejako wydobyć ich ukryte znaczenie, które nie potrzebowało komentarzy dzięki talentowi jasnego przedstawienia rzeczy, jaki Kl. Bernard posiadał w najwyższym stopniu. Nie można powiedzieć, by przez to B. spopularyzował fizyologię; ale natomiast sprawił, że stała się ona dla każdego cywilizowanego człowieka nauką dostępną i że obecnie nie wolno jest człowiekowi inteligentnemu nie znać przynajmniej ogólnych zagadnień z dziedziny nauki o życiu.

W drugiej części przemowy oceniał Brunetière w Klaudyuszu Bernardzie myśliciela i filozofa. W czasie, w którym ukazał się jego Wstęp do medycyny doświadczalnej, panowały jeszcze powszechnie w nauce zasady Lockego i Bacona. B. dokonał zasadniczego przewrotu, zmieniając niejako samą koncepcyę nauki. Sam fakt, według B., nie ma żadnego znaczenia; wartość jego jest zależną od idei, będącej z nim w związku, oraz od myśli, jakie nastręcza. Gdy zastanawiamy się nad jakiemś nowem odkryciem, to właściwe odkrycie stanowi nie nowo stwierdzony fakt, lecz nowe myśli, które z niego wypływają; a jeśli ono czegoś dowodzi, to sprawia ta nie sam fakt, lecz związek pomiędzy danem zjawiskiem a jego przyczyną, jaki z tego faktu wynika. Następnie mówił Brunetere o ścisłym związku nauki z filozofią, którego doniosłość tak silnie odczuwał Kl. Bernard, i o jego zasługach, położonych w tym względzie. Wielki fizyolog analizował zjawiska psychologiczne ze stanowiska przyrodniczego, fizyologicznego; ztąd wzięła początek cała nowa nauka, psychofizyologia. Klaudyusz Bernard był wielkim uczonym, doskonałym eksperymentatorem i znakomitym literatem; przedewszystkiem zaś był on mistrzem w sztuce myślenia, był to mistrz inteligencyi.

Następnie przemawiał w imieniu Akademii francuskiej Chauveau, oceniając zasługi, jakie Kl. Bernard położył w nauce, specyalnie zaś w nauce francuskiej, oraz zwracając uwagę na wiele pięknych stron charakteru Klaudyusza Bernarda. Potem przemawiali: Koelch, dyrektor szkoły zdrowia (*Ecole de Santé*), prof. Morat w imieniu fakultetu lugduńskiego, prof. Dastre w imieniu fakultetu paryskiego, profesor fizyologii uniwersytetu lugduńskiego Dubois, wreszcie prof. Laborde z Paryża. Uroczystość zakończono wręczeniem twórcy

pomnika, artyście rzeźbiarzowi Aubertowi odznaki oficera Akademii.

Do uprzyjemnienia pobytu uczestnikom zjazdu przyczyniła się w niemałym stopniu urządzona w r. b. w Lugdunie francuska wystawa kolonialna. Przedstawiciele Algieru, Tunisu, Konga, Dahomeju, Gwadelupy i wiele innych kolonij francuskich, zostali sprowadzeni całemi wsiami lub osadami. W obszernym parku miejskim roztarasowali się oni po swojemu, dając w ten sposób widzom dokładny obraz domowego życia i zwyczajów ojczystych, w licznych zaś pawilonach były wystawione przedmioty, stanowiące podstawę francuskiego handlu kolonialnego, okazy sztuki niecywilizowanych narodów, ich wyroby oraz przedmioty ich użytku. Przy sposobności tej wystawy Lugdun wystąpił z wystawą miejscowych wyrobów, które umieszczono w wielkiej rotundzie, w tymże parku zbudowanej Głównie był tam reprezentowany przemysł jedwabny, który stanowi jedna z głównych podstaw materyalnego bytu miasta oraz prowincyi. Sam Lugdun produkuje wyrobów jedwabnych rocznie za 400 milionów franków. Oprócz wyrobów jedwabnych były tam jednak reprezentowane i wszelkie inne gałęzie miejscowego przemysłu. Być może, zainteresuje czytelników *Przeglądu lekarskiego* jeden wystawca, mianujący się doktorem medycyny, który zapomocą sfigmografu zapisywał na żądanie za franka krzywe pulsu. Ściany jego pawilonu były zawieszone licznemi tablicami, przedstawiającemi rozmaite krzywe więcej i mniej patologicznego tętna, wykonane efektownie i zaopatrzone w napisy, co grozi człowiekowi o danem tętnie oraz jakie powinien prowadzić życie, by uniknąć wiszącej nad nim katastrofy. Szanowny Kolega miał powodzenie; masa osób, zwabiona chęcią przekonania się, azali życiu ich nie grozi niebezpieczeństwo, cisnęła się do jego pawilonu; frankówki sypały się a ludek cieszył się niezmiernie, gdy z konfrontacyi krzywych wynikało, że mu wino i absynt nie szkodzi i sprawdzał ten wynik doświadczalnie.

Zwiedzanie tej wystawy nie było objętem programem komitetu, zajmującego się i towarzyską stroną zjazdu; zwiedzano ją w chwilach wolnych od posiedzeń, bez przewodników, o których, mówiąc nawiasem, rzeczony komitet mógł był z łatwością się postarać.

Na tem kończę opis zewnętrznej strony zjazdu i jego organizacyi oraz przechodzę do krótkiego sprawozdania ze strony naukowej I. kongresu internistów francuskich.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 31. Stycznia 1895.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się — jak zwykle — w drugiej połowie Lipca b. r. Po porozumieniu się z kol. Obalińskim postanowiliśmy pozostawić dawniejszy termin Zjazdu a dopiero na tegorocznym Zjeździe podać ew. wnioski o zmianę terminu pod dyskusyę.

Upraszam o rychłe przygotowanie i zapowiedzenie wykładów.

Prof. L. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— W odbytych w dniu 23. b. m. wyborach w poznańskiem Towarzystwie Przyjaciół Nauk wybrani znakomitą większością głosów prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz wiceprezesem (ponownie) a Dr. Heliodor Święcicki redaktorem.

— *Przewodnik higieniczny*, organ Towarzystwa opieki zdrowia, założony w Krakowie przez profesora Dra Jordana, rozpoczął obecnie siódmy rocznik wydawnictwa, dążąc mozolnie a wytrwale do wytkniętego celu. Na liście współpracowników znajduje się spory szereg wybitnych nazwisk; redaktorem jest Dr. Paweł Radecki.

— Dr. Kazimierz Mosing we Lwowie otrzymał w uznaniu swego pożytecznego i humanitarnego działania tytuł radcy cesarskiego.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie otwarto temi dniami osobny oddział z 10 łóżkami do leczenia błonicy surowicą swoistą pod kierunkiem Dra Janowskiego, który tę metodę terapeutyczną przestudyował w zakładach zagranicznych.

— Dwudziesty czwarty kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w bieżącym roku w Berlinie od 17. do 20. Kwietnia. Przewodniczący prof. Gussenbauer zawiadamia w zaproszeniu, iż badanie zbiorowe w sprawie narkozy trwa dalej i prosi o nadsyłanie zebranego materyału na ręce prof. Gurlta.

— W Cesarstwie niemieckiem było w roku ubiegłym 3218 zakładów leczniczych mających razem 199561 łóżek.

— Towarzystwo lekarskie w Charleroi rozpisało konkurs na rozprawę na temat: Niewłaściwość ogłoszeń lekarzy w dziennikach politycznych ze względu na interes chorych i godność stanu lekarskiego.

— W sejmie dolno-austryackim pozwolił sobie poseł Dr. Lueger przy sposobności rozpraw nad podniesieniem taksy za leczenie w szpitalach publicznych różnych wycieczek przeciw stanowi lekarskiemu, obwiniając lekarzy o przyjmowanie prowizyi od aptekarzy i przedłużanie choroby w interesie wspólnym swoim i aptekarzy. Przeciw temu założyła Izba lekarska wiedeńska uroczysty protest i przesłała go marszałkowi sejmu dolno-austryackiego.

— Zwolennicy i wdzięczni pacyenci prof. Nothnagla w Wiedniu zebrali między sobą cichaczem 50.000 złr. i wręczyli je przy stósownej przemowie temuż profesorowi, wyrażając życzenie, by z kwoty tej powstała fundacya nosząca na wieczne czasy nazwisko prof. Nothnagla a przeznaczona na cel, jaki sam profesor oznaczy.

— Potrzeba lekarza do Nadarzyna w powiecie błońskim; mieszkańcy ofiarują mu 160 rubli rocznie.

— Ostatnie cztery zeszyty Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* w Warszawie zawierają: 68. i 69. E. Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych. 70. H. Nussbaum: O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe. 71. F. Legueu: O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewny. 72. W. Janowski: Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 4. W. Janowski: Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa oraz surowicy Rouxa. R. Jasiński i K. Orzeł: Nowa metoda attykoantrotomii. Przyczynek do chirurgii czaszki. J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anamicznym (ciąg dalszy). F. Arnstein: O bezskuteczności chininy w zimnicy w przypadkach idyosynkrazyi do tego leku. W *Medycynie* Nrze 4. S. Sterling: Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem. E. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci.

— **Konkurs** na posadę lekarza miejskiego w Bełzie w powiecie sokalskim w Galicyi. Pensya roczna 500 złr. Posada nadaną będzie prowizorycznie na rok, poczem może być zmieniona na stałą. Praktyka dwuletnia w szpitalu nadaje pierwszeństwo. Podania do Magistratu w Bełzie do 1. Marca r. b.

Sprostowanie omyłki druku. W Nrze 3 na stronicy 43, szpalcie prawej, wierszu 18 od dołu po wyrazie odżywczy brakuje wyrazu **oddziaływa.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6-go Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Rydygier przedstawi chorego z kliniki chirurgicznej, poczem odbędą się następujące odczyty: 1) Kol. Rościszewski: *Przyczynek do leczenia przykurczenia stawu barkowego;* 2) kol. prof. Gluziński: *O zmianach w nerwach obwodowych w przebiegu miażdżycy tętnic* (z demonstracyami).

We Środę dnia 6-go Lutego b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w *Collegium novum* w sali Śniadeckich Zgromadzenie ogólne XIX-te wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które Szanownych członków i prenumeratorów uprzejmie zaprasza

Przewodniczący **Prof. Dr. Korczyński.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. | Kraków 9. Lutego 1895 r. | Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 3 Telefonu Nr. 106.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Peres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku p. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 188. Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 25 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Teraz jeszcze kilka słów o działaniu wstrzykiwań sublimatu w przypadkach zakażenia oka po dokonanych operacyach. Już Darier zalecał wstrzykiwanie sublimatu jako środek zapobiegawczy przed operacyą i jako środek leczniczy w każdym przypadku zakażenia po operacyi. W przypadku Gepnera (spostrz. 4-te), po dokonanej operacyi zaćmy, 4-go dnia powstało zapalenie tęczówki; rana zamknięta. Nazajutrz na brzegach źrenicy kilka nacieczeń i hypopyów; gałka bolesna, ostry stan ustąpił już po 2 wstrzyknięciach; w końcu, po dokonanej iridotomii, V = 5/50. Langie nie widział żadnego skutku po wstrzykiwaniach sublimatu w jednym przypadku zakażenia ropnego rany rogówki po dokonanem wydobyciu zaćmy.

Deutschmann przytacza następujące przypadki: 1) U 61-letniego mężczyzny, 4-go dnia po wydobyciu zaćmy, komórka przednia głęboka, zamglenie źrenicy, wieczorem tego samego dnia wypełniał się już żółty wysięk. Po pięciu wstrzyknięciach sublimatu (2 razy na dobę), trzeciego dnia pozostała z wysięku już tylko połowa, po upływie zaś 16 dni pozostało tylko kilka przyczepin tylnych i zaćma wtórorzędna. 2) U 73-letniego starca, trzeciego dnia po operacyi zaćmy na lewem oku (poprzednio wykonano już wydobycie zaćmy na prawem oku bez rezultatu, i iridektomią na lewem) mazisty wysięk w źrenicy. Rana zamknięta, obfita wydzielina obrzmiałej spojówki. Wstrzykiwania sublimatu przez dwa dni 2 razy na dobę, później co 2 doby, przyżeganie przyrządem Paquelina. We 20 dni po operacyi pozostała tylko nieznaczna zaćma wtórorzędna w dolnej części źrenicy. 3) 78-letni pacyent, w dobę po dokonanej iridektomii, w napadzie obłędu opilczego zerwał opatrunek i prawdopodobnie wprowadził kał do oka. Trzeciego dnia wystąpiło maziste zapalenie tęczówki. Po jednem wstrzyknięciu sprawa ustąpiła. 4) Po dokonanej pomyślnie operacyi zaćmy i zupełnem wygojeniu rany, wynaczynienie w komorze przedniej z silnem podrażnieniem oka; powstała sprawa zapalna z wysiękiem w źrenicy. Po czterech tygodniach i 8 wstrzyknięciach pozostała tylko zaćma wtórorzędna. 5) U 2 -letniego mężczyzny po rozcięciu zaćmy pozostała gruba błona zaćmy wtórorzędnej. Po dokonanej iridotomii powstało obok brzegów utworzonej szpary pionowej zamglenie, które 5-go dnia zakryło szparę; lekkie obrzmienie spojówki. Po jednem tylko wstrzyknięciu, w 10 dni później, szpara czysta, V = 17/70–50. 6) Po dokonanej iridotomii (zupełne zrośnięcie źrenicy z resztkami zaćmy, pochodzenia urazowego) nazajutrz nieznaczne zamglenie źrenicy. Przyżegnięcie przyrządem Paquelina prawidłowej zresztą ranki. Szóstego dnia szarawo-żółty wysięk, *hypopyon*. Wstrzyknięcie sublimatu powtórzono 7-go dnia. Później iridektomia, V = 10/200.

Do tych spostrzeżeń dodać mogę następujące:

1) Paweł M., 54-letni. Dojrzała zaćma prawego oka. 2. Czerwca 1894 wydobycie bez żadnej przygody. 5. Czerwca komórka przednia głęboka, ranka zamknięta i zupełnie czysta, dolną połowę źrenicy wypełnia wysięk żółtawy, na dnie komórki niewielkie *hypopyon*. Spojówka nastrzyknięta, lecz nie obrzmiała. Wstrzyknąłem sublimat; nazajutrz objawy bez zmiany. Przez trzy dni następne codziennie po 2 wstrzyknięcia, od 9. do 14. Czerwca codziennie po jednem. 20. Czerwca źrenica czarna, w niej cienka błonka zaćmy wtórorzędnej. V = 15/200. 15. Października przecięcie błonki, po uprzedniem wstrzyknięciu sublimatu, które powtarzałem przez 2 dni następne. 24 Października V = 20/50, czyta swobodnie Sn D = 0.06.

2) Wacław P., 20-letni robotnik w fabryce fortepianów, przed 6 laty przekłuł prawe oko szydłem. Nieliczne tylne przyczepiny, za źrenicą gruba błona, pozostała po wessaniu soczewki. Ze szkłem +4,5 D (w lewem oku M 4 D) V = 5/200. 28. Grudnia 1893 wykonałem rozcięcie błony nożykiem Graefego. Powstałe okienko miało przeszło 2 mm. długości. 30. Grudnia silne bóle rzęskowe w prawej stronie,

ranka zupełnie czysta, tęczówka zmieniła barwę, cała źrenica zamglona, brzegi okienka przybrały barwę wyraźnie żółtawą, na dnie komórki przedniej hypopyon, gałka bolesna. Po 6 wstrzyknięciach sublimatu, przez 4 dni codziennie, przez 4 następne co drugi dzień, podrażnienie zupełnie ustąpiło, okienko znów stało się zupełnie wyraźnem, jakkolwiek wypełniała je cienka zasłona. V = 15/200. Powtórnej operacyi chory nie zechciał się poddać.

3) Jankiel P., 62-letni. Dojrzała zaćma oka prawego. Operacya 3. Lipca 1893, bez żadnych przygód. 6. Lipca Rana zamknięta, podrażnienie nieznaczne. Na brzegach szpary utworzonej w tęczówce plamki żółte, w obrębie źrenicy szarawe zamglenie, na dnie komórki przedniej małe hypopyon. Spojówka cokolwiek obrzmiała, wydzieliny wszakże prawie żadnej. Tego dnia i przez 3 następne codzienne wstrzykiwania sublimatu w górnej połowie gałki. *Hypopyon* znikło nazajutrz po pierwszem wstrzyknięciu, po 4 zaś tęczówka przybrała prawidłową barwę. 18. Lipca V = 20/200 czyta Snellena D = 3. Oświetlenie boczne wykazuje cienką zaćmę wtórorzędną. We 3 miesiące chory zgłosił się powtórnie. Zaćma wtórorzędna znaczniejsza, chory z trudnością czyta Jaegera Nr. 20. 22. Października wykonałem rozcięcie zaćmy wtórorzędnej, powstało dość znaczne okienko w kierunku ukośnym W nocy z 24. na 25. Października silny ból w prawej skroni. 25. Października nastrzyknięcie spojówki gałkowej, w obrębie źrenicy zamglenie przeważnie w okolicy okienka tak dalece, że z trudnością mogłem je odróżnić od części otaczających. Codzienne wstrzykiwania sublimatu. 31. Października okienko znowu jest widocznem, podrażnienie zupełnie ustąpiło. 10. Listopada V = 15/200, czyta Jaegera Nr. 20. Wynik operacyi zatem ujemny. Literalnie to samo znalazłem 2. Października 1894. 3. Października 1894 wykonałem znów rozcięcie błony, lecz na ten raz przed samą operacyą wstrzyknąłem sublimat, powtórzyłem też wstrzyknięcie w ciągu 2 dni następnych. 10. Października 1894 0 = 20/70, czyta swobodnie Sn D = 0,8.

4) Szymon P., 50-letni. Trzeciego dnia po dokonanem 1. Kwietnia 1894 zupełnie prawidłowem wydobyciu zaćmy lewego oka, obrzmienie spojówki, obfita wydzielina, rana otwarta, obok brzegu zewnętrznego naciek szarawo-żółty, w środku zaś rany w rogówce okrągły odgraniczony naciek wielkości maku, również szarawo-żółtej barwy. W tęczówce żadnych na razie zmian nie było. Przyżegnięcie rany przyrządem Paquelina. Tego samego dnia i w ciągu 3 następnych codziennie po 2 wstrzyknięcia sublimatu. Mimo to wszakże już nazajutrz było *hypopyon*, w kilka dni później *panophthalmitis*, co najwyżej o względnie łagodnym przebiegu.

Pierwsze przypadki najzupełniej przypominają przypadki Deutschmanna, z powodu których on słusznie utrzymuje, że bezstronny rzut oka odrazu przekonać powinien o niezaprzeczonej wartości wstrzykiwań sublimatu w ciężkich sprawach zakaźnych, zaszłych po operacyach. Nie wątpi on też, że mianowicie w tych przypadkach, w których po operacyach siedliskiem początkowem istoty zakaźnej jest nie rana, lecz wnętrze same gałki (względnie komórki przedniej) wstrzykiwania podspojówkowe stanowią środek najdzielniejszy ze wszystkich, jakie dotąd posiadamy. Gdy zakażenie początek bierze w samej ranie, dostatecznem jest niezwłoczne przyżegnięcie jej galwanokauterem lub przyrządem Paquelina, jeśli zaś głębiej się znajduje lub dalej się szerzy, przystąpić należy do wstrzykiwań sublimatu, nic nam jednak nie przeszkadza wstrzykiwać jednocześnie z przyżeganiem. Niepodobna zaprzeczyć, że sprawy w przypadkach Deutschmanna i moich opisane, prowadziły dawniej najczęściej do utraty oka, gdyż tylko w wyjątkowych razach szybka merkuryalizacya i częste otwieranie komórki przedniej umożliwiały względne uratowanie oka. Działanie zaś wstrzykiwań sublimatu, najpierw o wiele jest pewniejszem, powtóre następuje o wiele prędzej. Chodzi o to tylko, by przystąpić do wstrzykiwań niezwłocznie. Początkowo wstrzykiwałem tylko raz na dzień, później, również jak i Deutschmann, nawet po dwa razy dziennie. Ile wstrzykiwań zrobić należy? Zależy to od przebiegu sprawy; niekiedy poprzestać można na 2 tylko. Deutschmann zaprzestawał prawidłowych wstrzykiwań jak tylko sprawa przechodziła w okres wsteczny, następnie wstrzykiwał zwykle już tylko co kilka dni. Co do mnie, jestem zdania, że w razie potrzeby można wstrzykiwać po 2 razy na dobę przez tydzień a nawet i dłużej.

Z powodu 2-go, 5-go i 6-go spostrzeżenia swojego Deutschmann utrzymuje, że prawdopodobnie miało tu miejsce nie nowe zakażenie, lecz że chorzy ci po poprzednio dokonanych operacyach ulegli zakażeniu, tylko pierwiastki zakaźne ujęte były jakby w torebki, zostały uwięzione na czas długi i dopiero powtórna operacya uwolniła je z więzów i umożliwiła czynne wystąpienie. Pogląd ten zdaje się stwierdzać okoliczność, iż w przypadkach 5-ym i 6-ym Deutschmanna, zamglenie utworzonych przez iridotomię okienek, brało początek od brzegów przeciętej błony, zkąd już posuwało się ku środkowi. To samo spostrzegłem w moich przypadkach 2-im i 3-im po rozcięciu zaćmy. Landolt (*Beiträge zur Augenheilkunde* VI. i VII. T.) pierwszy zestawił wyniki, otrzymane przez różnych operatorów po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej; wyniki te bezwarunkowo o wiele są gorsze, niż po wydobyciu zaćmy. Jeśli jednak dawniejsze niepowodzenia pochodzić mogły od zakażenia oka przez samego operatora, to jednak Landolt dodaje: *man hat aber ganz unzweifelhaft, trotz der bisher bekannten antiseptischen Cautelen, Augen nach der Discission zu Grunde gehen sehen.* Otóż przypadki te (a należą do nich również spostrzeżenia Deutschmanna i moje, w których postępowanie było ściśle przeciwgnilne) zdają się usprawiedliwiać wypowiedziane przez Deutschmanna przypuszczenie, że pierwiastki zakaźne pozostają prawdopodobnie uwięzione, otoczone błoną, powtórna zaś operacya wyzwala je i czyni zdolnymi (muszą to być pierwiastki pasorzytne) do nowej pracy, do nowych spraw zakaźnych w oku, które o tyle są niebezpieczniejsze, że po dokonanem rozcięciu zaćmy wtórorzędnej ciałko szklane staje dla nich otworem. Twierdzenie to najzupełniej licuje z licznemi spostrzeżeniami, jakie nam daje patologia spółczesna.

Że wstrzykiwania podspojówkowe ubezwładniają owe pierwiastki zakaźne, o tem wątpić nie możemy, czy jednak na zawsze? Chyba nie; dowodzi tego, zdaje się, mój 3 ci przypadek, w którym sprawa zakaźna po ekstrakcyi została usunięta przez wstrzykiwania, lecz znowu się powtórzyła po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej, by znowu uledz działaniu sublimatu, powtórne zaś rozcięcie wykonałem po poprzedniem wstrzyknięciu sublimatu. Wnosić więc ztąd moglibyśmy raczej, że sublimat ubezwładnia pierwiastki zakaźne tylko czasowo. Bądźcobądź w zakażeniach oka, powstałych po operacyach, wstrzykiwania sublimatu stanowią najdzielniejszy środek ze wszystkich dotąd znanych, gdyż działają nierównie skuteczniej i nierównie prędzej.

Powtórzę jeszcze raz wskazania do stosowania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, podane prawie zawsze jednogłośne przez wszystkich, którzy spostrzeżenia swe ogłosili, lub też co najmniej większością głosów.

1) Choroby rogówki.

a) Wrzody i ropnie. W tej mierze zgadzam się najzupełniej z zastrzeżeniami przez Langiego podanemi, mianowicie, że nie należy uciekać się do tego środka w formach lekkich i powstałych na gruncie cierpień spojówki, prócz tych przypadków, w których cierpienia te występują w formie groźnych zapaleń ropnych. Gdy *hypopyon* zwiększa się, mimo wstrzykiwań uciec się należy do przekłucia rogówki, względnie do cięcia Saemischa. Jednocześnie przestrzegać należy wskazań co do użycia atropiny lub ezeryny.

b) W przypadkach ran zakażonych rogówki tak przypadkowych jak i operacyjnych, jako środek leczniczy, same przez się, lub w połączeniu z przyżeganiem galwanokauterem.

c) Jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce ocznej (ekstrakcya, irydektomia lub rozcięcie zaćmy wtórorzędnej), jeśli zachodzi obawa zakażenia po operacyi.

d) Zapalenia miąższowe rogówki, obok atropiny niezbędnej we wszystkich prawie przypadkach i w późniejszych okresach ogólnego leczenia. Mówię „w późniejszych“, gdyż najpewniejszego ze wszystkich środków, mianowicie przetworów jodu najstaranniej obok wstrzykiwań sublimatu unikać należy. Zwykle stosować nadto należy w późniejszych okresach środki wyjaśniające.

2) Zapalenia twardówki (*scleritis, episcleritis*).

3) Wszelkie formy zapalenia tęczówki, przy jednoczesnem użyciu atropiny i jednoczesnem (reumatyzm, *gonorrhoea*) lub późniejszem (kiła) leczeniu ogólnem. Li tylko na wstrzykiwaniach poprzestać możemy w lekkich formach cierpienia.

4) Zapalenia naczyniówki, zwłaszcza z zaćmieniem ciałka szklanego (i wynaczynionkami).

5) Zapalenia naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów, zwłaszcza w przypadkach wynaczynień w plamie żółtej. Jednocześnie i później lepiej stosować nadto i inne leczenie.

6) Zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego lub obojga razem, „o ile cierpienia te nie są zastarzałe a i w tych lepsze osiągniemy wyniki, łącząc z wstrzykiwaniami leczenie ogólne. Rozumie się samo przez się, że w tych przypadkach leczenie przyczynowe główną odgrywa rolę, n. p. w *retinitis albuminurica*, w której sublimat uważałbym za wprost przeciwwskazany“. (Langie). Własnego doświadczenia nie mam.

7) W zapaleniach sympatycznych: A) niezwłocznie po zranieniu pierwszego oka, jako środek zapobiegawczy, B) po wystąpieniu sprawy w drugiem oku, po poprzedniem wyłuszczeniu pierwszego.

Jeszcze co do dawki i sposobu stosowania wstrzykiwań. Rozczynu 0,1% bardzo prędko przestałem używać, gdyż w istocie wywoływał on zawsze dość znaczne bóle, często nawet wynaczynienia. Nadto, jak wspomniałem już w pierwszej mojej rozprawie rozczyn tego stężenia posiada poniekąd żrące własności. Używając rozczynu o połowę słabszego, wstrzykiwałem natomiast 3 — 5 przedziałek. Podrażnienie bywa wtedy bardzo nieznaczne, należy tylko unikać miejsc spojówki, obok brzegu rogówki i załamków położonych. Poprzednio wkraplałem zawsze rozczyn kokainy po 3 razy w odstępach 5-minutowych; opaski oddawna zaprzestałem używać.

II. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O higienicznej wartości wody studziennej pawilonu chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21. Listopada 1894 r.

przez

Dra Leopolda Haima,

sekundaryusza szpitala św. Łazarza.

Od czasu, gdy się przekonano, że woda może przenosić choroby zakaźne, badanie jej stało się jedną z głównych gałęzi nowoczesnej higieny. Szczególniej badanie pod względem bakteryologicznym nabrało wielkiego znaczenia, ono rozstrzyga o naszem orzeczeniu, mniejszą zaś wartość mają skład chemiczny i własności fizyczne wody, niemi się tylko, że się tak wyrażę, posiłkujemy. I to całkiem naturalnie. Jeżeli bowiem przy badaniu bakteryologicznem nie znajdziemy mikrobów chorobotwórczych a badanie chemiczne wykaże nam nieco większą ilość azotanów, chlorków lub soli wapniowych, to to nas jeszcze nie uprawnia do orzeczenia, że dana woda nie jest do użytku. Zawsze liczymy się z potrzebami ludności i tam ludność ma się lepiej pod względem higienicznym, gdzie wody jest dużo, choć pod względem chemicznym niezupełnie czystej, aniżeli tam, gdzie jej jest mało, chociaż pod względem chemicznym bez zarzutu. Zresztą jeżeli się zastanowimy nad znaczeniem tych ciał chemicznych rozpuszczonych we wodzie, dochodzimy do przekonania, że właściwie znaczenia ich nie znamy. Bo czyż wielka ich ilość we wodzie tłómaczy nam dostatecznie powstawanie epidemii n. p. tyfusu albo cholery? Wielka ich ilość, obok innych przymiotów zresztą dobrych, pozwala nam wnosić, że albo mineralizacya gruntu odbywa się należycie, albo pewne składniki chemiczne przesączając się przez rozmaite warstwy gruntu, nie ulegają zmianie i jako takie dostają się do wody zakaźnej.

Już większe znaczenie mają własności fizyczne wody, bo jeżeli woda dana nam do badania jest mętną, lub wydziela woń kwasu siarkowego albo zgnilizny, albo gdy znajdziemy w niej glisty lub inne jakieś pasożyty, to odrazu bez badania chemicznego lub bakteryologicznego orzec możemy, że ta woda nie jest do użytku, gdyż nie ulega w takich razach wątpliwości, że zanieczyszczenia dostały się wprost do wody a z niemi dostać się też mogły i mikroby chorobotwórcze. Takie zanieczyszczenia są daleko szkodliwsze aniżeli te, które muszą przejść rozmaite warstwy gruntu, zanim się dostaną do wody gruntowej.

Epidemiologia ostatnich czasów pouczyła nas, że cholera nie tylko panowała w okolicach, które posiadały wodę nieczystą, lecz także i tam, gdzie woda była bez zarzutu, zatem przenosić zarazę niekoniecznie musi woda, lecz także mogą to robić i inne przedmioty, jak pokarmy, bielizna, pościel i wydzieliny chorych.

Że niesłusznie czasem wodę posądzają o przenoszenie choroby, najlepszym dowodem tego jest woda studzienna w bliskości oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Pomimo dość licznych przypadków cholery, tyfusu, chorób osutkowych ostrych i t. d. nie było

przypadku zarażenia się tą wodą. Mimowoli nasunęło mi się pytanie, czy też ta woda nie zawiera bakteryj chorobotwórczych, czy jest czystą i czy ją bezpiecznie pić można, zwłaszcza, że tu i owdzie dochodziły mię jakieś niewyraźne zdania, jakoby tą wodą łatwo nabawić się można jakiejś choroby zakaźnej.

Dla przekonania się więc, o ile w tem wszystkiem jest prawdy, przeprowadziłem pod kierunkiem profesora Bujwida (któremu za światłą radę i częstą pomoc w sprawdzaniu i określaniu różnych gatunków bakteryj na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie), badanie wody pod każdym względem, szczególniejsza zaś uwagę zwróciłem na część bakteryologiczną, mianowicie:

1) na ilość bakteryj w centymetrze sześciennym;

2) na jakość bakteryj, szczególnie

3) czy nie ma bakteryj chorobotwórczych.

Trzymając się sposobu poleconego mi przez prof. Bujwida, zmięszałem $^1/_5$ część centymetra sześciennego wody z 10 cm. sz. rozpuszczonej żelatyny i następnie wylałem mięszaninę tę na płytkę Petrego. Po 24—48 godzinach wyrosły kolonie, które można było zliczyć a pojedyncze kolonie różniące się między sobą, przeszczepiłem przez wkłucie na żelatynę. Tak otrzymałem zbiór rozmaitych bakteryj, a dla określenia ich gatunku, badałem ich własności morfologiczne i biologiczne przez hodowanie na rozmaitych pożywkach. Nie zawsze jednak jest tak łatwa sprawa z płytką Petrego. Bakterye wodne bowiem, szczególniej rozpuszczające żelatynę, w gorących miesiącach rozmnażają się bardzo szybko tak, że nieraz po 24 godzinach rozpłynęła się cała płytka. W takich razach płytkę pod kloszem dawałem do piwnicy.

Ilość bakteryj przeszło 20 razy oznaczona co 4—5 dni daje średnią dochodzącą do 400 bakteryj w 1 cm.³ wody. Porównywając ilość bakteryj w 1 cm.³ w rozmaitych studniach krakowskich (cyfry zebrane przez prof. Bujwida), jak:

ulica Miodowa l. 11.	7800	bakteryj
„ Szeroka l. 12.	4600	„
Stradom	1150	„
ulica Starowiślna l. 3.	1200	„
Rynek l. 32.	1000	„
ulica św. Anny l. 5.	500	„
„ Strzelecka	480	„
„ Tomasza l. 8.	280	„
„ Kolejowa l. 1.	250	„ i t. d.

dochodzimy do przekonania, że studnia oddziału chorób zakaźnych należy do rzędu studzien, które stosunkowo mało zawierają bakteryj a zatem do rzędu nawet najlepszych studzien krakowskich. Ilość bakteryj w 1 cm.³ wody może stanowić o jej dobroci, ale z uwzględnieniem jej własności fizycznych i chemicznych. Sama zaś ilość jako taka, nie ma jeszcze takiego znaczenia, bo może być bakteryj bardzo dużo, ale zupełnie niewinnych, w każdej wodzie się znajdujących. Nawet w wodzie z wodociągów znajdujemy stosunkowo sporo bakteryj. Teoretycznie rzecz biorąc, w wodach studziennych wcale bakteryj znachodzić się nie powinno, albo stosunkowo daleko mniej aniżeli we wodzie wodociągowej. Dla przykładu, jeżeli weźmiemy studnię oddziału zakaźnego, to jest .wą na 10 metrów głęboką, to z tego odpada 3 metry na warstwę ziemi czarnej gruntu nasypowego, resztę zaś stanowi warstwa drobnego żwiru i piasku drobnoziarnistego. Jak wiadomo, powierzchnia i powierzchowne warstwy gruntu zawierają najwięcej bakteryj, w miarę zaś posuwania się w głąb, ilość ich się zmniejsza tak, że w pewnej głębokości mniej więcej $1^1/_2$—2 metrów powinna być warstwa gruntu zupełnie od nich wolna a więc mniej więcej miejsce, gdzie się zaczyna w naszej studni warstwa żwiru i piasku.

Rozpatrzmy się w zbiornikach wodociągowych, w których odbywa się filtrowanie wody. Składają się one od dołu ku górze z następujących warstw: 1) duże kamienie, 2) małe kamienie, 3) gruby żwir, 4) średni żwir, 5) drobny żwir, 6) gruby piasek, 7) drobny piasek. Wysokość tych wszystkich warstw dochodzi do $1^1/_2$ metra. Właściwą warstwą filtrującą jest pokład piasku mniej więcej grubości 50—60 cm. i warstwa mułu przez wodę naniesiona. Woda, przechodząc przez te warstwy, staje się zupełnie wolną od bakteryj a przecież znajdujemy w wodzie takiej niekiedy do 150 bakteryj w 1 cm.³ Pochodzi to od zanieczyszczeń w miejscu czerpania, lub też podczas reperacyi rur, zbiorników i t. d. dostaje się pewna ilość bakteryj, zanieczyszczanie zaś prawie nigdy nie występuje w środku rur wodociągowych.

Tak samo rzecz się ma i z wodą zaskórną. Ona we wszystkich stosunkach higienicznych prawidłowych powinna być bez bakteryj, zwłaszcza, że ma daleko grubszą warstwę filtrującą, niż przy wodociągach, jak w naszym przypadku 7 metrów grubości samego żwiru i piasku, w którym bakteryi nie ma. Przypuśćmy, że warstwa filtrująca jest o połowę cieńsza, to zawsze przewyższa filtr sztuczny wodociągowy. Jednak podobnie jak woda wodociągowa nie może być bez bakteryj, tak samo i woda studzienna. Już przy kopaniu studni dość znaczna liczba bakteryj zostaje przez ludzi naniesioną a gdy z powierzchownych warstw gruntu wpadnie do wody spora ilość ziemi, to tem samem i obfita ilość bakteryj żywych, zdolnych do rozmnażania się dostaje się do wody. Już 1 cm.³ ziemi z powierzchni przysparza wodzie 100.000 bakteryj. Woda studzienna tem więcej będzie zawierała bakteryj, jeżeli w jakiejś dzielnicy miasta ludność jest niechlujną, studnie okazują lub okazywały jakieś braki a system usuwania odpadków był lub jest niehigieniczny.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdania ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem za rok 1893. (Nakładem Wydziału krajowego we Lwowie 1894. Duża 8-ka str. 271).

Przed kilku tygodniami ukazała się ta praca, ułożona staraniem dyrektorów i prymaryuszów szpitalnych a wydana przez Wydział krajowy. Nie może ona mieć pretensyi do jakiegoś archiwum prac naukowych, ani nawet nie równa się sprawozdaniom szpitalnym zakładów zagranicznych jak np. Char te, jednakże przez umiejętne ugrupowanie dat statystycznych i przez ścisłe przedstawienie stanu oddziałów szpitalnych praca ta stała się cennym nabytkiem dla historyi naszych szpitali, a zarazem bogatym materyałem dla organów rządzących, jeżeli uwagi i wnioski w niej zamieszczone zechcą wziąć do serca i dotychczasowe smutne stosunki zamienić na lepsze.

Przejdę kolejno sprawozdania, jak idą za porządkiem. Otóż szpital lwowski, jakkolwiek najobszerniejszy, oprócz statystyki z oddziałów, stanu chorych, składu zarządu i lekarzy nic nam nadto nie podał, co tem bardziej zadziwia, że w swojem gronie ma dzielnych prymaryuszów; można przeto było się spodziewać więcej lekarskiego sprawozdania a nie suchych

cyfr, które nie będąc stosownie objaśnione giną niepostrzeżenie. Zwłaszcza tak ważny oddział chirurgiczny, kierowany zdolną ręką Dra Ziembickiego, oprócz cyfr pomieszczonych na dwóch stronnicach nic nam ciekawego ze swego oddziału nie przytoczył. Więcej natomiast zadał sobie pracy Dr. Machek ze swego oddziału okulistycznego, bo obok szczegółowej statystyki podał nam i swoje uwagi i spostrzeżenia, tyczące się przebiegu niektórych chorób, i wyniki operacyj ocznych.

Z kolei idzie Szpital św. Łazarza w Krakowie, w którym od roku nastały nowe rządy, a jak widzimy z korzyścią i dla chorych a nie z obarczeniem, lecz z zadowoleniem personalu lekarskiego.

Tablice statystyczne bardzo umiejętnie i starannie ułożone dają odrazu pogląd na czynności oddziałów szpitalnych, ruch chorych, przybytek i ubytek i pozwalają łatwo zoryentować się w każdym przypadku. Chorych leczonych było 9456 a więc znacznie więcej niż w roku zeszłym (8745). Zarzadzenia ekonomiczne i administracyjne bardzo szczegółowo podane, choć mniej każdego lekarza obchodzić mogą, ale dają miarę, że przy energii i dobrych chęciach dużo w naszych szpitalach we własnej administracyi zrobić można, nie oczekując koniecznie pomocy z góry. Obok sprawozdań z oddziałów znajdujemy też kilka prac naukowych wykonanych pod kierunkiem Prymaryusza Prof. Pareńskiego. „o plamicy“ Dr. Tyszkiewicza z podaniem kilku ciekawych przypadków chorobowych obserwowanych w tym oddziale i kilka słów o *meningitis cerebrospinalis epidemica* przez Dr. Z. Nowaka treściwie przedstawionych na podstawie przeszłorocznej epidemii z uwzględnieniem leczenia, które w oddziale stosowano. Dr. Schneider zaś przedstawił spostrzeżenia nad durem brzusznym z r. 1893 z obszerną recepturą stosowaną w tyfusie, w której jednak nic nowego nie przedstawia, chociaż całe recepty powypisywano. Z oddziału zaś Prymaryusza Dr. Paszkowskiego są podane dwa przypadki osteomalacyi, krótko lecz umiejętnie opisane przez Dr. Czaplińskiego. Inne oddziały obok ścisłych sprawozdań statystycznych podają też i wzmianki o swoich zabiegach leczniczych oraz roztrząsają swoje potrzeby i braki, w nadziei, że przecież władze autonomiczne coś zechcą poprawić. A nie są one tak małoznaczące, jeżeli po przeczytaniu bardzo zajmującego i pouczającego sprawozdania z oddziału położniczego i ginekologicznego znajdujemy spostrzeżenie Prymaryusza oddziału Prof. Jordana, który z pewnością sumiennie stan rzeczy zbadał, nim zapisał, że chore na oddziale położniczym i ginekologicznym dla braku dostatecznego pożywienia przedwcześnie opuszczają szpital i nieraz w ten sposób niweczą skutki rozpoczętej kuracyi (str. 145). Czyż istotnie kraj nasz jest tak ubogim, że tych kilku lub kilkunastu tysięcy nie może dołożyć, aby pożywienie chorych było lepsze i dostateczne. Czyż dziwić się trzeba temu wstrętowi chorych, którzy dopiero z musu idą do szpitali, choć nieraz w gorszych domowych znajdują się stosunkach.

Z oddziału ginekologicznego są też pomieszczone dwie prace Dra Kośmińskiego, sekundaryusza oddziału: jedna opisująca przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej, druga zaś o obrażeniach części rodnych. Obydwie mają wartość naukową i świadczą jak najlepiej o umiejętnem wyzyskaniu materyału szpitalnego z korzyścią dla nauki. Z oddziału zaś kiłowo-skórnego jest pomieszczoną krótka praca Dra Mayzla o *erythema medicamentosum* i wspólna z Drem Krzyształowiczem o p r z y p a d k a c h w r z o d ó w s t w a r d n i a ł y c h p o z a c z ę ś c i a m i p ł c i o w e m i, l e c z o n y c h w szpitalu od r. 1880. I jedna i druga ma swoją wartość, ale niepodobna tutaj nawet w streszczeniu podać wyników ich obserwacyi.

Dalej następuje sprawozdanie z zakładu Kulparkowa z bardzo szczegółową statystyką, interesującą tak co do przyczyn wywołujących choroby umysłowe, jak i co do różnej kategoryi zajęć chorych, leczonych w zakładzie. Niektóre ciekawe przypadki zostały też w krótkości podane tak przez Dra Pluciúskiego, prymaryusza oddziału mezkiego, jak i Dra Maliszewskiego z oddziału kobiet. Jedna niekorzystna strona Kulparkowa sądzę, że i do dziś dnia pozostaje, to jest obowiązek dyrektora wglądania w gospodarstwo folwarczne, a widzimy ze sprawozdania o gospodarstwie mlecznem, trzodzie chlewnej, zakupnie wołów, że kłopotu z tem niemało, a Dyrektor szpitala za wiele ma czynności czysto lekarskich związanych z tak obszernym zakładem, żeby mógł myśleć o przysporzeniu dochodu w tej nieodpowiedniej jego wiedzy drodze.

O ile sprawozdania lekarskie z tych dwóch szpitali i Kulparkowa mają jeszcze cechę poważnych statystycznych zestawień nieraz trafnie i pouczająco objaśnionych i motywowanych, o tyle sprawozdania prowincyonalnych szpitali grzeszą brakiem szczegółowych danych, nadzwyczajnem skąpstwem tak w liczbach jak i w objaśnieniach. Dość powiedzieć, że w sprawozdaniu tem złożonem z 271 stronic, szpitale prowincyonalne zajmują zaledwie 12 stron, a przecież dotyczy to szpitali 26-iu, z których niektóre mają 175 łóżek (Przemyśl), a więc materyał dość obfity, by z tego i nauka coś zaczerpnąć mogła. A ileż to jednak ciekawych danych posiadają te szpitale pomniejsze, jak się w nich odbija stan moralny i materyalny okolic, to dość przepatrzeć cyfry choćby szpitala w Kołomyi, gdzie na 949 osób więcej niż $1/3$ chorych stanowili chorzy syfilityczni. Czyż to nie zastraszająca okoliczność, która jednak nie jest nam jasna i szkoda, że została w sprawozdaniu bez komentarzy, bo są to właśnie te bolące miejsca, te rany gnijące, przeciw którym władze nasze sanitarne powinny coś przedsiębrać, by organizm nasz ratować, a każda jednostka w ten sposób dotknięta odbije się potem w sprawozdaniu oddziałów chorób umysłowych, gdzie ratunek już niemożliwy, a nasz kraj, kto wie, czy nie stracił w tej jednostce jednej z lepszych sił swoich.

Żałuję, że nie mogę jeszcze bliżej zastanowić się nad szczegołami z tego sprawozdania, bo wiele a wiele dałoby się jeszcze z niego skorzystać, w każdym razie musimy być wdzięczni Wydziałowi krajowemu, że podejmuje to wydawnictwo z korzyścią dla kraju, bo poznanie naszych braków i potrzeb jest już pierwszym krokiem do zaradzenia złemu. Miejmy więc nadzieję, że w roku przyszłym i szpitale poważniej jeszcze wystąpią i braków sanitarnych mniej będę miał do zaznaczenia.

W końcu niech nam będzie wolno zwrócić uwagę, kogo należy, na bardzo niedostateczną korektę druku, (np. na str. 194 zamiast Stopczański jest Ropczinski) i wypowiedzieć zdanie, iż w stosunku do ważności publikacyi wydanie jest pod względem typograficznym za skromne. *Dr. J. Surzycki.*

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przypadki zapalenia otrzewny t. z. i d y o p a t y c z n e g o, dawniej r e u m a t y c z n e m zwanego (L e y d e n[47]), L e y d e n i W e i c h s e l b a u m[48]), K l e m p e r e r[49]), M o l i n a r i[50]) należą do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. Co się zaś tyczy zapaleń otrzewny pochodzenia traumatycznego, w których nie powstała komunikacya jamy brzusznej ani ze światem zewnętrznym, ani

[47]) L e y d e n: Ueber spontane Peritonitis. Deutsche med. Woch. Nr. 17. 1884. p. 258.

[48]) L e y d e n und W e i c h s e l b a u m. Verhandlungen des Vereins f. innere Medicin. Berlin 1883—1884.

[49]) H e n o c h. Ueber einen Fall von purulenter Peritonitis. Vortrag in der Gesellsch. d. Charité-Aerzte v. 16. XII. 90. Berl. klin. Woch. 1891 Nr. 4 p. 87. Dyskusya.

[50]) M o l i n a r i. Y-a-til une péritonite chronique exsudative idiopathique? Rif. med. Sierpień 1889. Ref. w Le Progrès med. 1891 Nr. 36 p. 179.

też ze światłem jelita (Hensch[51]), Richardière[52]), to wprawdzie nie możemy wykluczyć możliwości, by w takich przypadkach sam uraz nie wystarczał do wywołania pewnych zmian w otrzewny, a więc by zapalenie otrzewny było tu natury czysto fizycznej, musimy jednak uwzględnić tę okoliczność, że mechaniczne uszkodzenie ściany jelita, jakie w takich przypadkach się zdarza, może wystarczyć do wędrówki drobnoustrojów ze światła jelita przez jego ścianę do jamy brzusznej. Ponieważ przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, nie mamy dotychczas żadnych danych bakteryologicznych, na zasadzie których moglibyśmy je zaliczyć do jednej lub drugiej kategoryi zapalenia otrzewny. Gdyby się nawet miało okazać, że z wysięku otrzewnowego w takich przypadkach nie dadzą się wyhodować bakterye, nie dowodziłoby to aseptycznej natury zapalenia otrzewny. Jest bowiem okolicznością znaną i uznaną przez wszystkich badaczy, którzy pracowali nad zapaleniem otrzewny pochodzenia jelitowego, że w przypadkach takich z wysięku otrzewnowego daje się wyhodować najczęściej jeden tylko gatunek bakteryjny, mianowicie *bacterium coli commune*: inne zaś gatunki bakteryj jelitowych, których obecność w danym wysięku nie ulega wątpliwości, zwykłymi sposobami wyhodować się nie dają.

W każdym razie wobec braku bezpośrednich obserwacyj, jedynie na zasadzie rozumowania, opartego na analogicznych okolicznościach dochodzimy do przekonania, że, jeśli nie wszystkie, to przynajmniej znaczną część przypadków *peritonitis traumatica*, w których nie nastąpiła komunikacya ani ze światem zewnętrznym, ani też ze światłem jelita, winniśmy zaliczyć do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. Do tej samej kategoryi należy zaliczyć przypadki *peritonitis e perforatione*, powstałe w przebiegu kamicy żółciowej oraz moczowej, skoro wiadomo, jak poważną rolę odgrywają w tych cierpieniach drobnoustroje. Jak widzimy, należy więc zapalenie otrzewny chemiczne do rzadkości w stosunkach naturalnych. Sztucznie zaś wywoływano cierpienie to na zwierzętach bardzo często. Istnieje długi szereg środków chemicznych, którymi się posługiwano w pracach doświadczalnych nad zapaleniem otrzewny, niektóre zaś z nich stały się niejako klasycznymi. Do środków tych należą: azotan srebrowy, olejek krotonowy, sublimat, fenol, jod, półtorachlorek żelaza (E. Fraenkel[53]), kreolina, jequirity (Kraft[54]), kwasy mineralne, kwas octowy (Pernice)[55]), spirytus kamforowy (Truc)[56]) i inne.

Ogromna większość zdarzających się w naturze przypadków zapalenia otrzewny należy do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. To też i obszar naszych wiadomości w tej dziedzinie jest znacznie większym aniżeli w dziedzinie zapaleń otrzewny natury chemicznej. Bakterye mogą się dostać do otrzewny następującemi drogami: albo zostają one tam zaniesione przez prąd krwi w przypadkach t. z. bakteryemii albo, powtóre dostają się one tam w sprawach zakaźnych narządów płciowych kobiecych przez przewód rodny, po trzecie, mogą one dostać się do jamy brzusznej ze świata zewnętrznego podczas operacyj; nie chodzi tu w zwykłych stosunkach o drobnoustroje, unoszące się w powietrzu, lecz o bakterye ropne i septyczne, które przenosi się za pomocą rąk, narzędzi i środków opatrunkowych. Wreszcie, po czwarte dostają się bakterye do jamy otrzewny z różnych narządów brzusznych (przeważnie z jelita). Może to nastąpić po przedziurawieniu danego narządu albo też nawet bez przedziurawienia, jedynie wskutek zmian patologicznych, które zaszły w tym narządzie (najczęściej w ścianie jelita). W ostatnim przypadku mamy więc do czynienia z zakażeniem *per continuitatem*. W taki sam sposób mogą dostać się bakterye do jamy brzusznej i z narządów po za tą jamą np. z opłucny; w podobnych przypadkach muszą oczywiście zmiany patologiczne być stosunkowo daleko posunięte.

Ażeby wykryć bakteryjną naturę zapalenia otrzewny, wykazywano w wysiękach brzusznych drobnoustroje mikroskopowo oraz drogą hodowli lub drogą zakażania danymi wysiękami zwierząt. W ten sposób wykryto w wysiękach brzusznych osób, zmarłych na zapalenie otrzewny, długi szereg rozmaitych drobnoustrojów. Przeważnie znajdywano paciorkowce i gronkowce ropne, w przypadkach *peritonitis e perforatione intestini* bakterye kałowe, głównie *bacterium coli commune*, pneumokoki (Weichselbaum[57]), Gaillard[58]), Boulay i Courtois-Suffit[59]), Sevestre[60]) Netter[61]), Frommel[61]), Barbacci[62]), laseczniki gruźlicze, gonokoki (Wertheim[63])) i inne.

Niepodobna mi na tem miejscu wyliczać wszystkich drobnoustrojów, które dotychczas znaleziono w treści jelit. Interesujących się tą kwestyą odsyłam do prac Bienstocka[64]), Eschericha[65]), Gessnera[66]), Macfadyena, Nenckiego i Sieberowej[67]), Bookera[68]), Tavela i Laura[69]) i innych. Ograniczę się tylko do przytoczenia, że w treści jelita nawet osób zupełnie zdrowych wykryto oprócz wielu bakteryj kałowych, zazwyczaj w treści tej znajdywanych, znane zkądinąd drobnoustroje chorobotwórcze, jakoto *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus*, *citreus*, *albus* (Gessner[66]), pneumokoki (Bernabei[70]), Weichselbaum[71]), *bacillus pyogenes foetidus*, *bacillus pyocyaneus* (Tavel i Laur[69])) i inne. Tem łatwiej znajdywano w treści jelit patologicznie zmienionych bakterye o wybitnych własnościach chorobotwórczych. W pewnych okolicznościach, mianowicie po przedziurawieniu jelita a nawet, gdy w ścianie jelita zaszły pewne zmiany patologiczne, które nawet nie wywołały jeszcze takiego przedziurawienia, wszystkie te bakterye mogą przejść do jamy otrzewny a tem samem znaleść się w wysięku brzusznym. Należy jednak w bakteryologicznem badaniu takich wysięków uwzględnić następującą okoliczność: sekcyę osób zmarłych na zapalenie otrzewny, podczas których odbywa się badanie, robi się zazwyczaj dopiero po upływie dłuższego czasu, zwykle w 24

---

[51]) Henoch: l. c.

[52]) Richardière: Note sur un fait de peritonite suraigue cause par une chute sur le ventre sans lesions de la paroi abdominale ni des visceres abdominaux. Ann. d'hygiene publ. T. XX p. 26. Ref. w Virc. Hirsch J. B. 1888 I 474.

[53]) E. Fraenkel l. c.

[54]) Kraft l. c.

[55]) Pernice l. c.

[56]) Truc: Traitement chirurgical de la peritonite. Paris 1886.

[57]) Weichselbaum: Der Diplococcus pneumoniae als Ursache der primaren acuten Peritonitis. Centralbl f. Bact. und Parasit. T. V. 1889. p. 33

[58]) Gaillard: Peritonite à pneumocoques. Semaine med. 1890. p. 74. Ref. w Baumgartens J. B. T. VI. 1890 p 74.

[59]) Boulay et Courtois-Suffit: Un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie. Bull.et memoires de la Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 16. Mai 1890 Ref. w Centrbl. für Bact. u Parasit. T. VII. 1891. Nr. 22 p. 97.

[60]) Sevestre: vide dyskusya.

[61]) Netter: vide dyskusya

[61]) Frommel: Pneumonienkokken im Eiter bei Pyosalpinx. Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 11.

[62]) Barbacci: Das Bacterium coli commune und die Perforationsperitonitis. Lo sperimentale p II Z. 1. 1891. Ref. w Centralblatt f. allg Path. und path Anatomie T. III. Nr. 3. p. 129

[63]) Wertheim: Ein Beitrag zur Lehre von der Gonokokkenperitonitis. Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 20. Ref. w Centralblatt fur Bact. u. Parasit. T. XII. p. 108.

[64]) Bienstock: Ueber die Bacterien der Faeces. Zeitschrift f. klinische Medicin T. VIII. 1884.

[65]) Escherich: Die Darmbacterien des Säuglings und ihre Beziehung zur Physiologie der Verdauung. Fortschritte der Medicin 1885. p. 515.

[66]) Gessner: Ueber die Bacterien im Duodenum des Menschen. Arch. f. Hygiene T. IX. 1889. p. 128.

[67]) Macfadyen, Nencki i Sieberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka. Gazeta lekarska 1891. Nr 39—43.

[68]) Booker: A study of some of the Bacteria found in the faeces of infants affected with Summer Diarrhoea. Ref. w Centralblatt f. Bact. u. Paras. 1891. T. X. Nr. 9. p. 284.

[69]) Tavel und Laur: l. c.

[70]) Bernabei: Untersuchungen ueber den Diplococcus pneumoniae. Zeitschrift f. Hygiene. T. XI. 1892. p. 279.

[71]) Weichselbaum: l. c.

godzin po śmierci; w ciągu zaś tego czasu zmieniają się stosunki w jamie brzusznej między innymi i pod względem przechodzenia bakteryj ze światła jelita do jamy brzusznej.

Wiadomości nasze o przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita są następujące: W stanie prawidłowym znajdują się bakterye nietylko w świetle, lecz także, przynajmniej u królika, jak to wykazał Bizzozero[72]), i w ścianie jelita a mianowicie w mieszkach *(folliculi)* limfatycznych wyrostka robaczkowego oraz w *sacculus rotundus;* są one tu po największej części w pierwoszczu samych komórek limfatycznych. Prace Ribberta[73]) i Ruffera[74]) potwierdziły wyniki Bizzozera. Sundberg[75]) znalazł, że, wprawdzie bardzo rzadko, ale zdarza się wykryć bakterye w błonie podśluzowej; są one tutaj stale w pierwoszczu komórek okrągłych lub w komórkach tkanki łącznej, zazwyczaj nie przekraczają one jednak granicy, którą stanowi błonka odgraniczająca błonę śluzową od podśluzowej. Do podobnych wyników doszli Sahli[76]) i Manfredi[77]). W stósunkach patologicznych wykazał pierwszy Nerpen[78]) w r. 1883. bakterye jelitowe w wodzie przepuklinowej uwięzłych przepuklin oraz w wysiękach otrzewnowych w niedrożności jelita. Przeciwko temu wynikowi wystąpił Garré[79]), który na 8 przypadków uwięźnienia przepukliny jelitowej raz tylko wykrył bakterye w wodzie przepuklinowej. Zdaniem jego tylko w takim razie bakterye przejść mogą ze światła jelita do jamy otrzewny, gdy w ścianie jelita zaszły tak poważne zmiany patologiczne, że wyrównanie ich jest niemożliwem (*irreparable*). Że jednak w worku przepuklinowym w przypadkach uwięźnienia przepukliny zazwyczaj znachodzą się bakterye jelitowe, dowiodły późniejsze prace Clady[80]), który znajdywał tam *bacterium coli commune*, Fischera i Levyego[81]), którzy w podobnych przypadkach znaleźli w złogach otrzewnowych tę samą bakteryę oraz Cornila i Tschistowitscha[82]), którzy już w kilka godzin po śmierci widzieli bakterye w tkance podsurowiczej jelita oraz którzy w przypadkach *pneumoenteritis* u świń znajdywali bakterye jelitowe w jamie otrzewny nawet wówczas, gdy w jamie tej nie było żadnego wysięku. Autorzy ci doszli do wniosku, że bakterye przechodzą całkiem łatwo przez ścianę jelita wówczas, gdy w błonie śluzowej znajdują się miejsca nekrotyczne; w przypadkach uwięźnienia przepukliny przechodzą więc one do worka przepuklinowego dopiero wówczas, gdy uwięźnienie trwa przez czas dłuższy, mianowicie przez dni kilka. (Ciąg dalszy nastąpi).

Fizyologia.

Amore, Falcone i Giofredi: **Nowe spostrzeżenia o skutkach wycięcia gruczołu tarczykowego u psa.**

Autorowie zestawiają najważniejsze zjawiska, obserwowane u psów po zupełnem wycięciu gruczołu tarczykowego. Wpływ na ilość składników morfotycznych we krwi jest bardzo mały. Natomiast wydzielanie moczu ulega znacznym zmianom: ilość moczu wydzielonego zmniejsza się coraz bardziej i schodzi do kilku cm^3 na dobę lub nawet do zupełnej anuryi, woń moczu staje się przykrą i wstrętną, ilość mocznika i chlorków zmniejsza się. W niektórych przypadkach zjawia się w ostatnich chwilach w moczu białko i wałeczki.

Występujące wskutek tyreodektomii drgawki, kurcze i sztywność mięśni uważają autorowie na podstawie badań, w których szczegóły nie będziemy wchodzili, za objawy zadrażnienia rdzenia pacierzowego.

Mechanizm oddychania ulega znacznym zmianom, oddechy są zwolnione, wdechy przedłużone na koszt wydechów, które przytem są niezupełne.

Bardzo głębokiemi są zmiany w funkcyi narządów trawienia: ślina staje się żółtą bez zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, *foetor ex ore*, brak łaknienia staje się tak znacznym, że trzeba zwierzęta sztucznie żywić, przytem jednak, jak wskazały dokładne badania na psie z przetoką żołądkową, powiększa się ilość soku żołądkowego. Kał staje się ciemno-szary, później ciemno-czerwony, smołowaty, przytem stolce są coraz płynniejsze; kał zawiera wielką ilość barwików żółciowych, a w końcu zjawia się w kale hemoglobina. Przez założenie przetoki żółciowej przekonali się autorowie, że ilość żółci wydzielonej wzrasta. Również i wydzielanie łez wzmaga się, a często przychodzi do ropnego zapalenia spojówki i rogówki. Przy sekcyi zwierząt znaleźli w nerkach zmiany, cechujące bardzo ciężkie zapalenie, w jelitach nacieki drobnokomórkowe na granicy błony podśluzowej, ścieńczenie warstwy mięśniowej, przybłonek mało co był zmieniony. Alteracye te przypisują autorowie zaburzeniom w innerwacyi, znaleźli bowiem dość wyraźne zmiany w zwojach nerwu sympatycznego. (*Riforma med.* 1894. Vol. 2). *Centralblatt f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie.* 31. Grudnia 1894). *Beck.*

Choroby zakaźne.

Nocard: **Gruźlica u zwierząt domowych.** *(Dictionnaire veterinaire pratique.* Paryż 1892).

Tenże: **Zapobieganie gruźlicy u bydła rogatego.** (Z kongresu nad gruźlicą. Paryż 1893).

Tenże: **O wartości dyagnostycznej tuberkuliny.** (Tamże).

Tenże: **O znaczeniu dziedziczności i zarazka w gruźlicy.** (Tamże).

Gruźlica bydlęca jest chorobą czyniącą nie mniejsze spustoszenia, niż gruźlica ludzka. Gdy statystyka śmiertelności mieszkańców Paryża wykazuje 23% śmierci z gruźlicy, odsetka gruźliczych bydląt wynosi w krajach najbardziej o higienę bydła dbających 10—25%, natomiast gdzieindziej o wiele cyfrę ostatnią przekracza.

Cyfry te dalekie są jednak od rzeczywistości. Zarówno u ludzi jak u bydła, odsetka indywiduów gruźliczych jest daleko większa, ileż bowiem osób, jak z oględzin pośmiertnych wiadomo, umiera z przyczyny innych chorób, będąc równocześnie dotkniętemi gruźlicą. Cyfrę prawdziwą dałby mogły dopiero obowiązkowe sekcye zwłok wszystkich zmarłych. U bydła rzecz się ma podobnież. Cyfry, jakie poniżej przytoczymy, pochodzą od inspektorów weterynarskich w rzeźniach miejskich. Zważmy jednak, że nadzór weterynarski istnieje tylko w miastach, że następnie właściciele sztuk podejrzanych wystrzegają się starannie nadzoru i prowadzą bydło do rzeźni podmiejskich wszelkiego nadzoru pozbawionych.

Na tym punkcie zgadzają się wszyscy weterynarze. Pomimo to jednak cyfry gruźlicą dotkniętych sztuk bydła dosięgają w rzeźniach poważnej wysokości.

Tak np. w Saksonii w r. 1891 znaleziono 17,5%; w niektórych okręgach, n. p. w Bydgoszczy cyfra ta wznosiła się do 26% lub 22% jak w Lipsku. W Berlinie w r. 1891. znaleziono 1500 sztuk gruźliczych, czyli 12% ogólnej liczby zabitych zwierząt. W Kopenhadze w r. 1890. odsetka zwierząt gruźliczych z ogólnej liczby zabijanych w rzeźniach dosięgła 16, a wiadomą jest rzeczą, że w Danii do r. 1849. gruźlica u bydła była nieznaną, i zaniesioną została z Szwajcaryi

[72]) Bizzozero: Centralblatt f. d. medic. Wissenschaft 1885. Nr. 45. p. 802.
[73]) Ribbert: l. c.
[74]) Ruffer: l. c.
[75]) Sundberg: Undersökningar ofver möjligheten af mikrobers intrangande genom den oskadate tarma lemkinansyta. Upsala 1892.
[76]) Sahli: l. c.
[77]) Manfredi: l. c.
[78]) Nerpen: Présence des bacteries et des cercomonas intestinales dans la serosité peritoneale de la hernie etranglée et de l'occlusion intestinale. Paris 1883.
[79]) Garré: Bacteriologische Untersuchungen des Bruchwassers eingeklemmter Hernien. Fortschritte der Medicin 1888. Nr. 8.
[80]) Clado: Congrès de Chirurgie. Paris 1889. Ref. w Revue de Chirurgie 1889. Nr. 11.
[81]) Fischer und Levy: Zwei Faelle von incarcerirter gangraenoeser Hernie mit complicirender Bronchopneumonie. Bacteriologische Untersuchung. Deutsche Ztschft f. Chirurgie 1891. T. XXXII p. 252.
[82]) Cornil et Tschistowitsch: Les lesions de l'intestin dans les hernies etranglées. Arch. de méd. experim. et d'anat. pathol. T. I. 1889. Nr. 3. p. 353.

i Szlezwiku wraz ze zwierzętami rozpłodowemi; widzimy tedy, jak szybkie postępy poczyniła tu gruźlica.

W Anglii, gdzie nadzór nad rzeźniami jest bardzo niedostateczny, skorzystać musimy z innej okoliczności, by otrzymać liczbę zwierząt gruźliczych. W r. 1891. wskutek panującego epidemicznie zapalenia płuc, wybito przeszło 10.000 zwierząt chorych lub zakażonych. Sekcya na wszystkich dokonana wykryła przeszło 1200 sztuk gruźliczych czyli 12,5%. W roku następnym zabito jeszcze 3600 sztuk bydła i procent gruźliczych wyniósł 22,3%. Nadto poszukiwania w oborach samego Londynu wykazały od 50 aż do 70% sztuk gruźliczych.

We Francyi trudno jest podać liczbę średnią. Są miejscowości np. Salers, gdzie gruźlica wśród bydła jest wcale nieznana, są natomiast inne np. Bretania, Szampania, Nivernais, gdzie ilość sztuk gruźliczych dosięga 25%.

Cyfry powyższe dowodzą, jak poważną jest sprawa. Zarówno rolnicy, hodowcy, jak weterynarze i przedewszystkiem lekarze higienicy powinni dołożyć wszelkich starań, by położyć skuteczną tamę rozszerzaniu się gruźlicy.

Nie będę zbyt śmiałym, gdy powiem, że w chwili obecnej nie jest to wcale tak trudnem: w y s t a r c z y t y l k o c h c i e ć u s i l n i e! Jestto już okolicznością dostatecznie stwierdzoną, że główną przyczyną rozszerzania się gruźlicy u bydła jest zarażanie się jednych zwierząt od drugich. Dziedziczność gra tu rolę podrzędną. Nadzorcy rzeźni zgadzają się jednomyślnie, że gruźlica cieląt nawet w krajach, gdzie gruźlica jest bardzo rozpowszechnioną, jest rzeczą nadzwyczajnie rzadką, prawie wyjątkową.

Doświadczenia z tuberkuliną podjęte w ostatnich czasach dostarczyły dowodów, niemniej przekonywających. We wszystkich zarażonych oborach, gdzie Nocard robił doświadczenia, znalazł on następujący stosunek: gdy zwierzęta dorosłe dotknięte były w stosunku 8 lub 9 na 10, młode, (N. rozumie przez te zwierzęta 6—18 miesięczne) pochodzące z matek gruźliczych, dotknięte były zaledwie w 1 a najwyżej 2 przypadkach na 10.

W Październiku r. z. dokonał N. doświadczeń w wielkiej fermie na północy Francyi, gdzie zwierzęta spędzają całe lato na pastwiskach. Znalazł on tam stosunek następujący: na 57 zwierząt dorosłych 46 było gruźliczych, gdy natomiast wszystkie młode z matek gruźliczych pochodzące w liczbie 19, w wieku od 4 do 7 miesięcy były zupełnie zdrowe. Dowodzi to, że zakażenie następuje dopiero w oborach podczas bezpośredniego i długotrwałego obcowania z choremi zwierzętami. Potwierdzenie tego znalazł N. w okoliczności, że bydlęta starsze, które już spędziły jedną zimę we wspólnej oborze, w 9 przypadkach na 42 były gruźlicą dotknięte. Skutkiem tego zwierzęta niezarażone oddzielano starannie i dzięki temu pozostały one zdrowe. Ponowna próba zapomocą tuberkuliny w 9 miesięcy później dokonana, wykazała dowodnie brak zakażenia. Kilka okoliczności podobnych przytacza Nocard szczegółowo. Wybierzemy z nich jeszcze jeden niemniej charakterystyczny. Do pewnej fermy w Szampanii, wyrabiającej sery na wielką skalę, wezwany został on w celu wybróbowania znajdujących się tam krów za pomocą tuberkuliny, a to wskutek zniszczenia przez inspektora jednej sztuki z powyższej fermy do rzeźni przyprowadzonej, jako mocno gruźlicą dotkniętej. Z 60 zwierząt, 39 było gruźliczych. Obory urządzone były w ten sposób, że stronę prawą zajmowały zwierzęta dorosłe, lewą młode od 8—12 miesięcy liczące. Cielęta od 2—6 miesięczne trzymane były oddzielnie. Tuberkulina wykazała na 33 zwierzętach dorosłych 28 gruźliczych, na 21 młodych nieoddzielonych 10 gruźliczych, zaś z pomiędzy 5 cieląt oddzielonych, chore było tylko jedno. Badanie matki w ostatnim przypadku wykazało owrzodzenie gruźlicze wymienia.

Nawiasowo dodamy, iż zarówno w 1-ym przypadku, jako też i w drugim, zabito 2 sztuki wyjątkowo okazałe i pięknie wyglądające, które wszakże tuberkulina wskazała, jako gruźlicze. W obu przypadkach znaleziono liczne ogniska zarówno w płucach, jak wątrobie i t. d. Jeden z tych przypadków okazano wobec członków 3-go kongresu do badań nad gruźlicą w Paryżu w r. 1893.

Okoliczności powyższe zarówno jak i liczne inne z własnych doświadczeń zebrane upoważniają Nocarda do twierdzenia, już wypowiedzianego powyżej: że 1° dziedziczność gra bardzo podrzędną rolę w szerzeniu się gruźlicy u bydła, co najwyżej przyznać można, że z matek gruźliczych rodzą się zwierzęta usposobione do gruźlicy. Nocard powiada też *on naît tuberculisable, on ne naît pas tuberculeux.*

2° najpoważniejszem niebezpieczeństwem, przeciw któremu bronić się powinniśmy, jest zarażenie się i to zarażenie przez bezpośrednie i długotrwałe przebywanie wspólnie. Pobyt na wspólnych pastwiskach może być uważany w praktyce za nieszkodliwy. Najgroźniejszem jest nagromadzenie zwierząt w zakażonych oborach i długotrwałe obcowanie w bezpośredniem zetknięciu zwierząt chorych ze zdrowemi.

Do jakiego stopnia ta bezpośrednia styczność gra ważną rolę, dowodnie wykaże następujące spostrzeżenie.

W jednej z bardzo pięknych ferm w okolicach Paryża poddano zwierzęta próbie za pomocą tuberkuliny. Wszystkie okazały się zdrowemi z wyjątkiem sztuk 10ciu przebywających we wspólnej oborze. Z tych 10 aż 9 oddziaływało mocno. Zabito wszystkie 10 sztuk — sekcya potwierdziła wyniki próby; 9 sztuk było gruźlicą dotkniętych. Ale co najciekawsze, to okoliczność, że w oborze sąsiadującej z oborą zakażoną ani jedno zwierzę nie było chorem, pomimo że obie obory były w ciągłej komunikacyi przez drzwi i okna. Drzwi były prawie ciągle otwarte, wspólny bowiem jeden tylko kran zaopatrywał obie obory w wodę. Pomimo jednak tych okoliczności nieprzyjaznych, pomimo ciągłego krążenia powietrza choroba na mieszkańców obory sąsiadującej nie przeniosła się wcale. (Dokończenie nastąpi).

Chirurgia.

A. H e r b i n g: O leczeniu przepukliny wodnej.

Nowsze próby doszczętnej operacyi przepukliny wodnej w miejscu punkcyi z następowem wstrzyknięciem nalewki jodowej zmierzają do tego, aby przez wprowadzenie obcego ciała pomiędzy blaszki worka surowiczego wywołać zapalenie a tem samem zlepienie się powierzchni surowiczych. U małych dzieci nie nadaje się operacya doszczętna z przyczyny, że czyste utrzymanie opatrunku i rany jest nadzwyczaj trudne a często nawet niemożliwe.

Sposób operowania autora w tych przypadkach jest następujący: Po zwyczajnem oczyszczeniu pola operacyjnego, przeciąga się za pomocą zakrzywionej igły grubą nić sterylizowanego jedwabiu od górnego bieguna *hydrocele* aż do dolnego a następnie za pomocą cienkiego trójgrańca robi się punkcyę przepukliny wodnej w sposób zwyczajny. Nici zawęźla się ponad workiem mosznowym, który cały powleka się następnie kolodyonem. W pierwszych dniach powstaje lekkie zapalenie; po 6—8 dniach usuwa się nici.

Autor uważa metodę tę na podstawie swego doświadczenia za doszczętną i jest zdania, że możnaby ją zastosować i u dorosłych z rezultatem pomyślnym, tylko potrzebaby użyć w tym celu grubszych nitek i w większej liczbie. Metoda ta w ogólności jest podobna do dawnych jeszcze przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego a analogiczna próbom Neumanna, który pozostawia kaniulę trójgrańca, tudzież postępowaniu Buschkego, który wkłada paski gazy jodoformowej. (*Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 26. 1894).

Dr. Józef Langer.

Dyagnostyka.

L i t t e n: Objaw przeponowy.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 23. Stycznia r. b. mówił autor o objawie przeponowym i jego znaczeniu praktycznem, oznaczając tem mianem ruchy widoczne, pochodzące z oddalania się przepony od ściany klatki piersiowej, gdy przepona podczas wdechu idzie na dół,

i zbliżania się jej do klatki piersiowej, gdy podczas wydechu przepona idzie do góry. Objaw ten, powtarzający się za każdym oddechem można poznać łatwo na klatce piersiowej po podnoszeniu się lub zniżaniu linii cieniowanej, powstałej z ruchów przepony a tem samem wskazującej na pewno położenie tego mięśnia. W stanie prawidłowym ta undulacya cieniowana rozpoczyna się z każdej strony w wysokości 6. międzyżebrza i obniża się w prostej linii o kilka międzyżebrzy podczas najgłębszego wdechu, aby podczas wydechu wrócić do pierwotnej wysokości. Objaw, o którym mowa, widzieć można najlepiej, jeżeli osobę badaną ułoży się do badania tak, by właściwa okolica była mocno oświecona.

Objaw przeponowy ważny jest pod względem nie tylko fizyologicznym, ale także i dyagnostycznym, ponieważ każde zboczenie od prawidła jest z pewnością znakiem stanu patologicznego, jak zmniejszenia się sprężystości lub rozedmy płuc. Wybadanie tego objawu ważnem jest szczególniej w zboczeniach jednostronnych. *R.*

Choroby dzieci.

E. Feer (w Bazylei): **O usposobieniu do błonicy i innych chorób zakaźnych w pierwszych latach życia.**

Na podstawie własnych spostrzeżeń i statystyki chorobliwości w Bazylei z długiego okresu czasu (1875—1891) przychodzi autor do wniosku, że rzadsze pojawianie się chorób zakaźnych u dzieci w pierwszych dwóch latach życia pochodzi głównie z odosobnienia i większej czystości w ich pielęgnowaniu, dzieci te bowiem spędzają czas albo w łóżeczkach albo na rękach osób je piastujących a przez to mało mają styczności ze światem zewnętrznym. Dopiero później, gdy zaczną czołgać się po ziemi a rękami chwytać, co im się nawinie, wprowadzają sobie do ust zarodki zakaźne ze ziemi i z chwytanych przedmiotów, których bakterye, jak wiadomo, tak często i uporczywie się trzymają. Dodać i to jeszcze należy, iż dzieci starsze coraz więcej mają styczności z innemi dziećmi. Dlatego żąda autor, by podłogę w pokojach zamieszkiwanych przez dzieci codziennie wycierano na mokro, by zabawki były gładkie i dały się obmywać a usta, nos i ręce, osobliwie przed każdem jedzeniem, obmywano dokładnie. *(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.* 22. 1894). *R.*

Medycyna sądowa.

Kratter: **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu śmierci z uduszenia.**

Autor zwraca uwagę na nowy objaw śmierci z uduszenia, mianowicie na wynaczynionki i podbiegnięcia krwawe w tkance poza tylnem śródpiersiem, okalającej zwłaszcza tętnicę główną. Rozległe podbiegnięcia owe znachodził autor wyłącznie u ludzi dorosłych, którzy zmarli z uduszenia wynikłego z różnych przyczyn a tylko u ludzi, którzy ulegli zasypaniu, w ogóle unieruchomieniu klatki piersiowej, nie znajdywał ich autor nigdy.

Powstanie tych wybroczyn tłómaczy autor w sposób mechaniczny. Jak wiadomo, okrąża aorta lewe oskrzele czyli, jak się mawia, jeździ na lewem oskrzelu. Otóż w pierwszym okresie duszenia się występują kurcze wdechowe, klatka piersiowa gwałtownie się rozszerza, przyczem lewe oskrzele podnosi się silnie ku górze w położenie poziome. Ponieważ aorta jest dosyć silnie koło otworu przeponowego przytwierdzona, zatem nie może się razem z oskrzelem unieść ku górze. W skutek tego przy ruchu oskrzela naciąga się aorta i ociera o ścianę oskrzela; to naciąganie się aorty jest powodem wynaczynień, powstających w skutek przerywania się naczyń.

Za tem tłómaczeniem przemawiają sekcyjne spostrzeżenia i doświadczenia na zwierzętach wykonane przez autora.

Autor nie dostrzegał tych wynaczynień krwi w przypadkach śmierci z uduszenia, w których ruchy klatki piersiowej były niemożebne n. p. przy zasypaniu, śmierci w ścisku i tłumie ludzi, w przypadkach, w których ruchy aorty zupełnie były uniemożliwione n. p. przy mocnych zrostach obu lub przynajmniej lewego płuca z klatką piersiową i przeponą, wreszcie u dzieci nie mających jeszcze dobrze rozwiniętych mięśni. *(Viertjschr. f. ger. Med.* 3. T. IX. 1. 1895).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

17. Béclère: O niebezpieczeństwach zadawania substancyi gruczołu tarczykowego (z posiedzenia Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu w dniu 18. Stycznia r. b.). Autor uważa sok gruczołu tarczykowego za truciznę dla serca, mogącą nagle wywołać śmierć przez *syncope* i radzi nie zapominać o tem w leczeniu obrzęku śluzakowego zadawaniem substancyi gruczołu tarczykowego, niewątpliwie skutecznem. W paryskich szpitalach zaszły już trzy przypadki śmierci po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego, z łatwych do zrozumienia przyczyn nie ogłoszone. Dlatego w zadawaniu tego środka leczniczego trzeba bardzo wielkiej ostrożności; najważniejszą jest rzeczą baczyć na tętno tak pod względem jego liczby jak mocy i regularności. W początku nawet powinien pacyent zostać w łóżku a przynajmniej w domu i unikać wszystkiego, coby mogło wymagać powiększenia czynności serca. Nawet po ukończeniu leczenia substancya gruczołu tarczykowego powinien pacyent być pod okiem lekarskiem, ponieważ substancya gruczołu tarczykowego działa podobnie, jak naparstnica (*digitalis*), zbiorowo, za czem świadczy kilka przypadków śmierci zaszłych z tej przyczyny w Anglii. Wrażliwość chorych na działanie substancyi przerzeczonego gruczołu jest bardzo różna; ztąd powinno się przerywać leczenie, gdy wystąpią przypady niepokojące.

18. Sposób przyrządzenia tabliczek z gruczołem tarczykowym opisuje nadworna apteka w Dreźnie tak: Ponieważ spożywanie na surowo baraniego gruczołu tarczykowego jest dla wielu osób wstrętne i ulega trudnościom dostania za każdym razem odpowiedniego materyału ze świeżo zabitych zwierząt z przyczyny braku potrzebnych wiadomości u rzeźników, przeto farmaceuci naprzód w Anglii starali się o sporządzenie z gruczołu tarczykowego przetworów stałych i suchych. Nie jest to rzecz tak łatwa, ponieważ za wysoki stopień ciepła najpodobniej do prawdy niszczy substancyę skuteczną, za niski zaś prowadzi przynajmniej częściowo do gnicia.

Apteka nadworna w Dreźnie zaleca na podstawie własnego doświadczenia postępowanie następujące:

Gruczoły tarczykowe baranie świeże wydobywają w rzeźni miejskiej weterynarze, poczem opłukuje się je prędko alkoholem i obsusza w bibule. Po odjęciu wszelkich części tłustych sieka się gruczoły na drobno i suszy w próżni prędko w ciepłocie 30° C. Tak otrzymany przetwór nie ma już woni nieprzyjemnej i nie potrzebuje żadnego dodatku aromatycznego. Po dodaniu cukru mlecznego robi się tabliczki zawierające po 0.30 świeżej substancyi gruczołu tarczykowego. *(Münchener med. Wochenschrift.* 29. Stycznia 1895).

19. R. Dohrn: O dawaniu sztucznej pomocy w praktyce położniczej. Kwestya sztucznej pomocy przy prawidłowym porodzie jest od dawna sporną. Dawniej nie było nawet sposobności studyowania przebiegu naturalnego porodu, ponieważ lekarza wzywano tylko do pomocy operacyjnej. Pierwszy Boer pokazał, że natura zostawiona samej sobie zwykle obiera drogę najlepszą. Mimo tego porody przy pomocy sztucznej są coraz częstsze we wszystkich krajach cywilizowanych, osobliwie po miastach i w klasach zamożnych ludności. Według Pfannenkucha w latach 1868 do 1870 w dawnem elektorstwie heskiem porody kleszczami były dwa razy częstsze w siedzibach lekarzy, niż tam, gdzie ich nie było a według Schreibera w miastach Kasselu i Hanau były porody przy użyciu kleszczy nawet 4 razy częstsze, niż w okręgach wiejskich należących do tych miast.

Pytanie, czem można usprawiedliwić tę zbytnią czynność w położnictwie; lekarz bowiem sumienny musi mieć

przekonanie nie tylko, że operacya nie zaszkodził, ale że nią pomógł i to pomógł rzeczywiście.

Że to powiększenie się liczby operacyj położniczych nie wychodzi rodzącym na dobre, rzecz prosta, ponieważ przy rozwiązaniach sztucznych zranienia są częstsze, niż przy odbytych samemiż siłami przyrody. Nawet w okresie antyseptyki stósunek ten nie poprawił się; jakoż w W. Księstwie badeńskiem śmiertelność położnic nie zmniejszyła się a w Królestwie saskiem nawet powiększyła. Jestto niestety błędne całkiem mniemanie, jakoby z zaprowadzeniem antyseptyki porody sztuczne stały się operacyą całkiem bezpieczną; trzeba bowiem pamiętać, że akuszer zależy od pomocy akuszerek i służby, od uległości i ochędostwa położnicy i jej domu i że operacya może otworzyć bramę niebezpiecznym czynnikom z tej strony.

Że przez niepotrzebne działanie można nawet zaszkodzić, widać to najlepiej na porodach pośladkowych. Jeszcze dziś są lekarze, którzy myślą, iż w tych porodach trzeba zawsze występować czynnie nie bacząc, że przez pociąganie ku dołowi zmienia się zazwyczaj korzystne dla ukończenia porodu ułożenie jego części.

Przynajmniej to dobrze, że coraz bardziej upowszechnia się przekonanie, że wydalenie łożyska najlepiej pozostawić siłom samej przyrody.

Ostatecznie przeto oświadcza autor: Zawód wymaga od akuszera nieraz wielkiego zaparcia się samego siebie, zrzeczenia się czynności, do której nabyło się zręczności mozolną pracą, zrzeczenia sławy, którą rodząca odnosi do czynnej pomocy lekarza. Lekarz sumienny będzie umiał ponieść tę ze siebie ofiarę znajdując nagrodę w przekonaniu, że biernem zachowaniem się oddaje się często daleko lepsze usługi rodzącym, niż operacya. (*Sammlung klin. Vortraege* Nr. 94. 1894).

20. Leczenie miejscowe zapaleń gardła. *a)* Katorski radzi w zapaleniach gardła bez różnicy pomazywanie miejsc zapalonych 10% roztworem wyskokowym mentolu. Tego sposobu leczenia trzymał się K. w błonicy, pomazując roztworem przerzeczonym mentolu za pomocą pęczka waty miejsca zajęte. Postępowanie to całkiem niebolesne, proste, łatwe działa dobrze miejscowo a w miarę poprawy miejscowej wpływa dobrze i na stan ogólny. Wiadomo, iż mentol jest dobrym środkiem antyseptycznym i kojącym bóle. *b)* Harvey Ralmond radzi w tym samym celu używanie czystego gwajakolu. Dwu lub trzechkrotne użycie z początku tego środka wstrzymuje zapalenie gardła lub jeżeli ono już jest, usuwa rychło przypady chorobowe. (*La médecine moderne* 2. Lutego 1895).

IV. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 7. Lutego 1895.

— W dniu 25. Stycznia b. r. odbyło się posiedzenie sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na posiedzeniu tem zdawali sprawę kol. Uhma z ruchu naukowego a kol. Longchamps z obrotu i stanu kasy za rok 1894. W wyborach, które potem nastąpiły, jednogłośnie przyjęto wnioski komisyi matki. Wybrano kol. Festenburga przewodniczącym, kol. Webra jego zastępcą, kol. Uhmę sekretarzem koll. Mehrera i Stachiewicza członkami biura, koll. Mahla, Prusa i Różańskiego delegatami na walne zgromadzenie a zastępcami ich koll. Obtułowicza i Pawlikowskiego.

— W dniu 6. Lutego b. r. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod przewodnictwem kol. Walentowicza; na posiedzeniu tem przyjęto na członków Drów prof. Piotra Seifmana, Adama Bednarskiego, Fryderyka Simona i Zygmunta Eliasiewicza. Jednogłośnie zamianowano kol. Kwaśnickiego w uznaniu jego zasług około Towarzystwa członkiem honorowym Towarzystwa. Następnie kol. Rydygier przedstawił trzech chorych z kliniki chirurgicznej: dwóch z gruźliczem zapaleniem stawu barkowego odmiennie leczonych (jeden konserwatywnie, drugi przez wypiłowanie stawu), trzeciego chorego po wycięciu odbytnicy z utworzonym sztucznym odbytem bardzo dobrze funkcyonującym. Kol Rościszewski podał przyczynek do leczenia przykurczeń stawu barkowego. W dyskusyi zabierali głos koll. Gluziński, Mars, Obaliński i prelegent. Następnie kol. Gluziński mówił o zmianach w nerwach obwodowych w miażdżycy tętnic. W dyskusyi przemawiali koll. Kryński, Obaliński, Sroczyński i prelegent.

— Dnia 12. b. m. odbędzie się w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem uroczyste uczczenie zasług ś. p. Dra Wiktora Szokalskiego, mianowicie o godzinie 10½ nabożeństwo żałobne, o 8-mej wieczorem posiedzenie uroczyste poświęcone pamięci zmarłego.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 4. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry śmiertelności w Krakowie z r. 1894. Umarło razem 2855, między nimi obcych 988 osób. Wykładnik śmiertelności ogółem 36.2‰, po odliczeniu obcych 23.7‰, dla Chrześcian 32.6‰, dla Żydów 25.2‰. Umarło na ospę 4, na odrę 21, na płonicę 92, dławiec i błonicę 144, krztusiec 36, dur brzuszny 48, dur osutkowy 4, cholerę 92, czerwonkę 18, gorączkę połogową 19, na suchoty płucne 500, na zapalenie płuc 429, z innych chorób zakaźnych 185, zapalenie jelit 199, zakończyli życie śmiercią przypadkową lub nieznaną 32, samobójstwem 31, skutkiem morderstwa lub zabójstwa 2 osoby.

W sprawie dostawy lodu oświadczono się za utrzymaniem dawniejszej uchwały zakazującej pobierania lodu z Wisły w obrębie miasta, wydano na żądanie sekcyi ekonomicznej orzeczenie w sprawie tyczącej się usuwania materyj kloacznych z pewnego domu prywatnego i oświadczono się ze względów higienicznych przeciw nadaniu koncesyi osobie prywatnej na wypróżnianie dołów kloacznych.

— Wydział powiatowy wadowicki mianował Dra Rudolfa Zatłokala lekarzem okręgowym w Lanckoronie.

— Dr. Stanisław Zasacki, praktykant szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany lekarzem miejskim w Kańczudze w powiecie łańcuckim w Galicyi.

— Mianowani: Dr. Tchórznicki lekarzem nadetatowym miasta Warszawy a Dr. Dydyński nadetatowym lekarzem kliniki chorób umysłowych w Warszawie.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w dniu 29. z. m. przyznano nagrodę z funduszu Helbicha Drowi Edwardowi Zielińskiemu za pracę na temat: Zbadać klinicznie i anatomicznie tak zwaną enteroptozę Glénarda.

— Ze względu, że *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* pomieszcza obszerne zdania sprawy z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, postanowiła redakcya *Kroniki lekarskiej* dział ten w piśmie swem opuścić, dając tylko zdania sprawy z prac ważniejszych pod właściwemi rubrykami.

— *Kuryer warszawski* donosi, że świeżo otworzony oddział błoniczy w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie nie ma ani jednego chorego.

— Dziewiąte zebranie Towarzystwa anatomicznego odbędzie się w r. b. w Bazylei od 17. do 20. Kwietnia.

— Od 10. b. m. począwszy będzie instytut Pasteurowski w Paryżu wydawać surowicę przeciwbłoniczą aptekarzom i składom materyałów aptecznych. Zgłaszać się po nią należy pod adresem: *Service du serum antidiphtérique à Paris, 18, rue Dutot* z wymienieniem godności swej.

— Myśl uznania języka francuskiego za międzynarodowy język lekarski, popierana między innymi gorąco przez prof. Manasseina w Petersburgu znalazła teraz gorliwego obrońcę w Angliku Drze J. Keserze, który w liście ogłoszonym przez *British medical Journal* zwraca uwagę, iż język francuski nadaje się najlepiej nawet z powodu swej pronuncyacyi na międzynarodowy język lekarski.

— W roku ubiegłym było w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej 21.186 uczniów wydziału lekarskiego.

— W otwartym w dniu 12. z. m szpitalu dla dzieci we Florencyi znajdują się dwa osobne pokoje (tak zwane *couveuses*) z temperaturą od 20 do 30 stopni Celzyusza, przeznaczone dla dzieci bardzo podupadłych na siłach lub urodzonych przed czasem. Termometry w tych pokojach łączą się z dzwonkami elektrycznemi, czynnemi, gdy temperatura przekracza oznaczoną granicę.

— Według dat statystycznych, zebranych dla Nowego Jorku przez Dra Billingsa, śmiertelność dla różnych ras i narodowości przedstawia się w stosunku do roku i tysiąca głów w następujących liczbach: dla Irlandczyków 28, dla Czarnych 23·6, Anglików 20·8, Niemców 17, Amerykan 16, Włochów 12·3 a dla wychodźców z Cesarstwa rosyjskiego i żydów polskich tylko 6·2.

Rasa czarna żyje krócej niż biała a śmiertelność między jej dziećmi jest znaczna. Rasa ta usposobiona jest szczególniej do gruźlicy i zapalenia płuc a natomiast mniej, niż rasa biała, podlega malaryi, gorączce żółtej i rakowi.

Między Irlandczykami śmiertelność jest znaczna u dorosłych z powodu gruźlicy, zapalenia płuc i zatrucia wyskokiem.

Żydzi żyją dłużej niż inne narodowości a podlegają przedewszystkiem moczówce cukrowej i chorobom układu nerwowego, mianowicie wiądowi pacierzowemu. Co do wiądu pacierzowego, byłoby zatem w Ameryce wprost przeciwnie jak u nas.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 5.: R. Jasiński i K. Orzeł: Nowa metoda attyko-antrotomii. Przyczynek do chirurgii czaszki (dokończenie). J. Mutermilch: O przyczynach zapalnych powikłań po operacyi zaćmy (dok.). J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (dok.). W *Kronice lekarskiej*, zeszycie styczniowym. J. Sędziak: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych. A. Koral: Przyczynek do kwestyi śmiertelności w błonicy i krupie. W *Pamiętniku Tow. lekarskiego warszawskiego* zeszycie 4tym za rok 1894.: A. Majewski: O zmianach, jakim podlegają komórki kielichowate kiszek w okresie wydzielania śluzu. Z. Dmochowski i W. Janowski: O działaniu ropotwórczem laseczników tyfusowego i o ropieniu w tyfusie w ogólności. A. Majewski: Granice kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka. Z. Dmochowski: Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora. S. Sterling: Warunki pracy zawodowej robotników fabryk sukna w Tomaszowie rawskim (dok.). W *Medycynie* Nrze 5.: S. Sterling: Drobnoustoje peptonizujące w mleku krowiem. Rosenblatt. Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci?

Redakcya otrzymała:

B. Wicherkiewicz: O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćm. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Gluziński: Dusznica bolesna prawdziwa (*angina pectoris vera*) a tętnice wieńcowe serca. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

W. A. Gluziński: O wpływie podwiązania tętnic wieńcowych (*art. coron. cordis sinistrae*) na narząd nerwowo-ruchowy serca. (Odbitka z *Anzeiger der Akademie des Wissenschaften in Krakau*).

A. Beck i W. A. Gluziński: Wpływ podwiązania moczowodu na czynność nerki. Przyczynek do teoryi wydzielania się moczu (Tamże).

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. K. Z. w D. Stósownie do życzenia odpowiedzieliśmy kartą pocztową.

Wny Dr. A. S. w W. Otrzymaliśmy, o resztę prosimy. Szczegóły listownie.

Wny Dr. J. G. w W. Życzenie Szan. Kolegi już spełnione i to w Nrze 4. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 106. / 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskim potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadana na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 20. Lutego 1895.

Bohorodczany dnia 17. Stycznia 1895.

Prezes:

67—3—3 ***Józef Szeliński.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 16. Lutego 1895 r. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 237. Clinton and 190. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O jednej dotąd nieuwzględnionej przyczynie bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Podał

Dr. E. Rościszewski.

Jak wiadomo, podano w celu wytłómaczenia przyczyny powstawania bocznego skrzywienia kręgosłupa kilka teoryj, z których żadna nie da się uogólnić, żadna nie tłómaczy wszystkich jego postaci i objawów. Przeszłoby to cel i zakres niniejszej pracy, gdybym chciał przechodzić wszystkie, chcę tylko zwrócić uwagę na jedną przyczynę, usposabiającą do powstania skoliozy, dotąd zupełnie nieuwzględnioną.

Najczęstszą formą skoliozy nawykowej jest, jak wiadomo, skolioza esowata z wygięciem kręgosłupa w części lędźwiowej ku stronie lewej, w części zaś piersiowej ku stronie prawej.

W celu wytłómaczenia powstania tej skoliozy przytaczają zwykle złe siedzenie w szkole i inne tym podobne czynniki. Zdarzają się jednakowoż przypadki, w których można wykluczyć wszystkie inne przyczyny skoliozy jak krzywicę i t. d., w których od pierwszego dzieciństwa najściślej uważano na higienę pod każdym względem tak, że usunięto wszelkie przyczyny, mogące wpływać na skrzywienie kręgosłupa a pomimo tego skolioza występuje i to najczęściej wyżej wspomniana jej forma.

Przyczyna w tych przypadkach musi tkwić w samym organizmie i to albo w kręgosłupie, jego więzadłach i mięśniach, albo też w pochyłem ustawieniu miednicy. Na tę ostatnią przyczynę chcę właśnie zwrócić uwagę.

Prawidłowo zbudowana miednica może tylko wtenczas stać pochyło, jeżli kończyny dolne są nierówno długie. Nierówność zaś ich może być albo anatomiczną, to jest zależeć od różnicy w długości kości w skład ich wchodzących, lub nieprawidłowego ich ustawienia w stawach, szczególniej biodrowym, lub też przy zupełnej równości anatomicznej tudzież prawidłowych stawach, może wystąpić różnica długości czynnościowa, to jest kończyny zupełnie równe i prawidłowe będą nierówne w chwili używania ich do czynności chodzenia.

Zkąd to może pochodzić?

Wiemy, że prawie u każdego człowieka słabszą jest ręka lewa od prawej, tak samo zwykle jest słabszą lewa noga od prawej. O tem można się przekonać za pomocą bardzo prostego doświadczenia: jeżli ułożymy dziecko na wznak na równej podłodze i następnie obciążywszy mu stopy ciężarkami, których wielkość zależy naturalnie od wieku dziecka, każemy mu nóżki do góry podnosić, wówczas nóżką prawą uniesie większy ciężarek ku górze niż lewą, względnie z ciężarkiem równej wagi podniesie nóżkę prawą wyżej niż lewą.

Wiemy dalej, że mięśnie zginające (fleksory), mają w ogóle przewagę nad prostującymi (ekstenzory). Ztąd też pochodzi, że kończyny nasze przy swobodnem ułożeniu zawsze są w stawach lekko zgięte.

Otóż zdarza się, że w nóżce lewej, jako słabszej i różnica ta między siłą mięśni zginających a prostujących jest większą niż w prawej. O tem znowu można przekonać się łatwo: jeżli się mianowicie dziecko na równej podłodze na wznak ułoży, miednicę równo ustawi i następnie każe mu się swobodnie leżeć; wówczas spostrzeżemy dość często, że nóżka lewa będzie nam się zdawała nieco krótszą od prawej. Różnica wynosi $^1/_2$—$1^1/_2$ cm. a znika natychmiast, skoro

każemy dziecku wyprostować nóżki. Pochodzi to tylko ztąd, że w skutek większej przewagi mięśni zginających nad prostującymi jest nóżka lewa w stawach nieco więcej zgięta niż prawa. U dziecka takiego wystąpi w postawie stojącej ten sam objaw, tak samo nóżka lewa będzie nieco więcej zgięta niż prawa. Występuje to szczególniej u dzieci w ogóle słabszych. W skutek tego zaś nóżka lewa staje się faktycznie nieco krótszą a odpowiednio do tego miednica pochylona na stronę lewą, co naturalnie także pochylenie kręgosłupa w części dolnej w lewo a odpowiednio w górnej w prawo wywołać musi.

Nie mając materyału szpitalnego, nie mogłem w większej liczbie przypadków przeprowadzić odpowiednich doświadczeń, badałem tylko 18 przypadków wyżej opisanego skrzywienia kręgosłupa z praktyki prywatnej. Poddałem je opisanym doświadczeniom i w 16 przypadkach okazała się nóżka lewa słabszą od prawej a w 7 była nóżka lewa przy swobodnem ułożeniu krótszą od prawej. Różnica wynosiła $^1/_2$ do $1^1/_2$ cm., wiek dzieci od 6—13 lat.

Jak często przytrafia się ta czynnościowa nierówność kończyn, trudno mi orzec na podstawie 18-tu przypadków, zwłaszcza, że nie badałem dzieci zdrowych, tylko dotknięte skrzywieniem, sądzę jednak, że wśród wszystkich innych i ona stanowi dość częstą przyczynę powstawania skrzywienia kręgosłupa.

Podaję tę krótką wzmiankę głównie dlatego, ażeby zachęcić innych rozporządzających odpowiednim materyałem do badania w tym względzie, gdyż wykrycie tej przyczyny skoliozy wpłynęłoby i na leczenie. Pierwszem wskazaniem w takich przypadkach byłoby wzmocnienie słabszej nóżki za pomocą masowania i innych odpowiednich środków.

II. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O higienicznej wartości wody studziennej pawilonu chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21. Listopada 1894 r.

przez

Dra Leopolda Haima,

sekundaryusza szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Największe ma znaczenie jakość bakteryi, mianowicie chodzi o to, czy znajdziemy we wodzie bakterye chorobotwórcze lub nie. Z chorobotwórczych poszukujemy prątków tyfusowych i cholerycznych, inne bakterye bowiem we wodzie albo wcale się nie rozmnażają albo tylko przez czas krótki.

Pomimo pilnych poszukiwań przez ośm miesięcy, ani razu nie znalazłem nic podejrzanego, chorobotwórczego. Bakterye znalazłem następujące:

1) *Micrococcus concentricus.*
2) *Bacillus fluorescens liquefaciens.*
3) *Bacillus fluorescens non liquefaciens.*
4) *Bacillus albus.*
5) *Bacillus nubilus.*
6) *Bacillus helvolus.*
7) *Bacillus violaceus.*
8) *Bacillus megaterium de Bary.*
9) *Bacillus pyogenes foetidus* (raz jeden tylko).

Z nieopisanych dotychczas w literaturze są następujące:

10) *Bacillus gasoformans hospitaliensis.* Prątek krótki, gruby, pojedynczy, ruchliwy. Na płycie tworzy kolonie małe, okrągłe, barwy szarawej, okazującej pod mikroskopem ziarnistość i brzeg jaśniejszy. Rozpuszcza żelatynę wzdłuż przewodu z wkłucia dość szybko tak, że po 4—6 dniach cała żelatyna rozpłynęła się, nie widać jednak nigdzie baniek gazowych. Jeżeli w probówce rozpuścimy żelatynę i zaszczepimy trochę bakteryj i zmięszamy dokładnie, to po 24 godzinach zobaczymy w stężałej żelatynie dość liczne bańki gazowe. Jeżeli go przeszczepimy na żelatynę przez wkłucie a następnie ostrożnie rozpuścimy żelatynę, to spostrzeżemy po 24 godzinach w stężałej żelatynie następujące zjawisko: W miejscu wkłucia, w którem rozwinęły się bakterye (najwięcej ich się rozwinęło w dolnej części przewodu z wkłucia) baniek gazowych nie ma, tylko naokoło miejsca wkłucia, charakterystycznem jest również i to, że na powierzchni i pod samą powierzchnią baniek także nie ma. Po 2 dniach wytwarza się warstwa rozpuszczonej żelatyny, na której dnie są strzępy.

W bulionie, który po 2 dniach mętnieje, gazu nie wytwarza. Na agarze tworzy nalot dość gruby, brudno-biały. Na ziemniakach nalot gruby, żółtawy.

11) *Bacillus granulosus.* Prątek krótki, cienki, okazujący w środku jakby ziarnistość. W bulionie nitek nie tworzy. Na płytce tworzy kolonie małe, drobne, barwy białawej, o budowie wewnątrz jednostajnej. Żelatynę rozpuszcza bardzo późno, po 4 do 5 tygodniach i to wzdłuż przewodu z wkłucia, tworząc z początku na samej górze wąziutki lejek, który powoli się rozszerza i ku dołowi się wydłuża.

Na agarze nalot gruby, lepki, barwy szarawo-białej. Bulion po 2—3 dniach mętnieje, tworząc na dnie osad skąpy. Na ziemniakach nalot niewyraźny, blado-żółtawy. W brzeczce słabo się rozwija. Woni i barwika nie tworzy.

12) *Bacillus liquefaciens* α. Prątek dość gruby, długi, pojedynczy, ruchliwy. Na płytce tworzy kolonie szarawe, okrągłe, pod mikroskopem w środku ciemne, otoczone wązką obwódką jaśniejszą, okazującą ziarnistość. Rozpuszcza żelatynę dość szybko, rozpuszczona żelatyna nie jest mętną, na dnie przewodu z wkłucia strzępy.

Na agarze tworzy nalot obłoczkowaty, cienki, z odcieniem żółtawym, nie trzymając się miejsca szczepienia. Na bulionie i ziemniakach nic charakterystycznego. Woni nie wydziela, barwika i gazu nie tworzy.

13) *Bacillus liquefaciens* β. Prątki cienkie, krótkie, pojedyncze lub podwójne, ruchliwe, okazują przeważnie ruchy postępowe. Na preparatach z agaru widać spory. Na płytce tworzy kolonie bardzo drobniutkie, szarawe, okazujące w środku budowę jednostajną. Czwartego dnia występuje ziarnistość, przyczem barwa kolonii ciemniejsza. Na agarze wzdłuż szczepienia nalot paciorkowaty, około pojedynczych paciorków wytwarza się później obwódka jaśniejsza, mglista. Na ziemniakach nalot mazisty gruby, barwy szaro-żółtej. Woni i barwika nie tworzy.

14) *Bacillus liquefaciens mercaptan.* Prątki krótkie, cienkie, pojedyncze, w gromadkach ułożone, okazujące ruchy

obrotowe i postępowe. Kolonie po 2 dniach wielkości główki od szpilki, szarawe, okrągłe, o brzegach ściśle ograniczonych, o budowie w środku jednostajnej. Rozpuszcza żelatynę lejkowato; rozpuszczona żelatyna mętna ze strzępami grubymi.

Na agarze nalot lepki, gruby, barwy szarej. Wydaje woń kapusty.

15) *Bacillus liquefaciens superficialis*. Prątek krótki, cienki, ruchliwy, przeważnie ruchy postępowe Kolonie drobne okrągłe, szarawe, o budowie w środku jednostajnej, o brzegach jaśniejszych. Rozpuszcza żelatynę w 3. dniu w górnej części w postaci szerokiego lejka, czwartego dnia rozrzedzenie dochodzi do ścian próbówki i od tego czasu warstwowo powoli rozpuszcza żelatynę.

Na agarze nalot dość gruby, mazisty, barwy brudnobiałej. Na ziemniakach i bulionie nic charakterystycznego.

Pleśniodrożdże opisane w pracy prof. Bujwida „Bakterye w powietrzu“ znachodzą się również i we wodzie. Cechują się tem, że w brzeczce wywołują fermentacyę śluzową. Utrata cukru oznaczona w brzęczce metodą Fehlinga po 3 dniach wynosi 5%. Rozpuszczają żelatynę warstwowo a wzdłuż przewodu z wkłucia rosną podobnie jak *baccillus ramosus*.

Badanie chemiczne wody dało następujące rezultaty:

Twardość przemijająca	72 stopni francuskich
Twardość stała . . .	35 „ „
Chlorków	84 miligr. w 1 litrze
Kwasu azotowego . .	ślad wyraźny
Kwasu azotowego . .	ślad bardzo drobny
Amoniaku	brak.

Co do własności fizycznych woda ta jest 1) bezbarwną, 2) przeźroczystą, 3) mętów żadnych nie ma, 4) bez zapachu, 5) smaku orzeźwiającego, 6) dostatecznie zimną a pod mikroskopem 7) nie ma żadnych robaków lub ich jajek, 8) nie ma włókien mięsnych.

Jeżeli przejdziemy rozbiór wyżej podany, to wprawdzie znajdziemy wielką ilość chlorków, twardość dość znaczną, ale czemże się różni ta studnia od innych studzien krakowskich? Twardość wód krakowskich często przekracza 80 stopni francuskich, wszystkie wody krakowskie zawierają dużo chloru, ba nawet we wielu studniach krakowskich znachodzi się i amoniak a te, według zdania profesora Bujwida, „prawie bez wyjątku wykazują również wielkie ilości żywych bakteryj“. Zatem woda nasza wprawdzie zawiera dużo chlorków, lecz ponieważ stósunkowo ma bardzo mało bakteryj a żadnych mikrobów chorobotwórczych, przeto należy ją uważać za czystą i nieszkodliwą.

Wypada nam jeszcze rozpatrzyć się w budowie studni i kloaki, o których lekarz przy ocenianiu wartości higienicznej każdej wody nigdy zapominać nie powinien.

Studnia nasza jest przykryta, powierzchnia gruntu, na którym stoi, jest wywyższoną, nie ma żadnych ścieków do studni wiodących a woda spływa rynsztokiem ku dołowi do kanału, ocembrowanie jest szczelne. Zwrócić uwagę muszę na to, że służba oddziału zakaźnego nie wylewa nigdy wody od mycia i prania w blizkości studni, nie opłukuje się tu wcale naczyń, tylko w kuchni pawilonu a chorzy nawet do niej nie dochodzą, gdyż dopóki są w oddziale, poza bramę im wyjść nie wolno. Wody ze studni używa się po dłuższem pompowaniu, gdyż jak wiadomo, wtedy ilość bakteryj zmniejsza się. Co do kloaki, podobnie jak w całem mieście jest system dołowy. Dół jest oddalony od studni na 16 metrów, jest zupełnie szczelny, otoczony grubą warstwą gliny pomiędzy dwoma warstwami muru i dokładnie na wewnątrz ocementowany a co najważniejsze ma dno, co jest rzadkością w naszem mieście, z góry zaś jest szczelnie przykryty płytą żelazną. Rura spadowa wyprowadzona jest ponad dach i zaopatrzona w nasadę aspiracyjną.

Dół od czasu do czasu się odwietrza za pomocą dużych ilości wapna żrącego.

Wydzieliny chorych jak ślina, ropa, plwociny, stolce, wylewa się do wychodka, poprzednio jednak polewa się je zgęszczonym kwasem karbolowym i pozostawia pod działaniem jego przez kilka godzin. Śmieci i łuski chorych spala się. Dół kloaczny wypróżnia się co 5—6 tygodni.

Wobec takich stosunków higienicznych nic dziwnego, że woda tu jest czystą, pomimo blizkości oddziału zakaźnego i daleko bezpieczniej ją pić można aniżeli wodę z innych dzielnic miasta. W ogóle w całym Krakowie nie ma dobrej wody, ponieważ system dołowy, tutaj zaprowadzony, sprawia zanieczyszczenie wody gruntowej. Węglan amonowy bowiem powstały z rozkładu mas kałowych niszczące nawet ściany cementowe dołów, z biegiem czasu zamienia nawet zupełnie szczelne doły w przepuszczalne. Jeżeli więc chcemy mieć dobrą wodę w Krakowie, potrzeba nam przedewszystkiem wodociągów i kanalizacyi spławnej.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

Piękny i trwały upominek stanowi pamiętnik, z którego na tem miejscu zamierzamy zdać sprawę. Właściwa treść poprzedza wstępny artykuł, napisany przez Dra Haberdę, obecnego asystenta zakładu sądowo-lekarskiego w Wiedniu, w którym autor podnosi zasługi wielkie jubilata około rozwoju medycyny sądowej i poświęca mu pracę powyższą, jako hołd licznych uczniów jego. Następnie czytamy krótki życiorys poprzedzony udatnym wizerunkiem jubilata.

Z życiorysu dowiadujemy się, iż Edward Hofmann urodził się w r. 1837., w r. 1861. uzyskał w Pradze stopień doktora, poczem mianowany był zaraz asystentem prof. medycyny sądowej Popla, po którego śmierci objął w r. 1864. zastępczo wykłady w języku czeskim. W r. 1865. habilitował się, a w r. 1869. został zatwierdzony zwyczajnym profesorem medycyny sądowej w Insprуku. Odtąd zyskał sobie prędko rozgłos znakomitemi publikacyami, to też w r. 1875. po śmierci Dlauhe'go powołany został na wszechnicę wiedeńską. Uzyskawszy niestrudzonemi zabiegami rozległy i rzadki materyał, podnosi medycynę sądową do rzędu ścisłych nauk.

Wielkie jego zasługi wyjednały mu wkrótce sławę i powszechny szacunek, wreszcie szereg odznaczeń, jak order żelaznej korony III. kl. i szlachectwo (1884), tytuł c. i k. radcy dworu (1888), wreszcie krzyż kawalerski orderu Leopolda (1894). Ponadto posiada jubilat odznaczenia jak szwedzki order gwiazdy północnej, portugalski order Zbawiciela, brazylijski order róży, jest on członkiem wojennej Akademii medyko-chirurg. w Petersburgu, członkiem towarzystw lekarzy szwedzkich w Sztokholmie, fińskich w Helsingforsie, aka-

demii królewsko-lekarskiej w Belgii, w Rzymie i towarzystwa sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Od r. 1888. jest on prezesem najwyższej rady zdrowia. Jest on autorem 69 prac z zakresu medycyny sądowej, licznych pomniejszych artykułów wydanych w encyklopedyi Eulenburga i rocznikach Virchowa-Hirscha, wreszcie autorem jedynego w swym rodzaju podręcznika medycyny sądowej, który doczekał się wkrótce przekładu na język francuski przez Brouardela, na rosyjski przez Gwozdena, na włoski przez Rafaelo i na hiszpański.

Znakomite zasługi, pierwszorzędne doświadczenie, wielka bystrość umysłu zjednały jubilatowi sławę pierwszej powagi w świecie nauki przezeń zreformowanej; to też ściągały się doń liczne zastępy uczniów z kraju i dalekiej zagranicy, by korzystać z jego uczonych rad i wskazówek i z jego szlachetnego usposobienia, które bez zawiści, lecz z miłością zniżało go do licznej jego szkoły.

Wdzięczni a żyjący uczniowie mistrza złożyli się dorobkiem swym duchowym na tomik obejmujący 11 prac.

1) Prof. Dr. P. Dittrich (w Pradze): O zakażeniach przyrannych, zwłaszcza o ropieniu i skutkach ze stanowiska medycyny sądowej.

W powyższej pracy zwraca autor uwagę na doniosłość badań bakteryologicznych we właściwych przypadkach sądowych. Występuje on przeciw utartemu dziś szablonowi oceniania uszkodzeń cielesnych połączonych z zakażeniem a zaleca w każdym przypadku, o ile to możliwe, zastanowić się i zbadać źródło zakażenia. Lekarz sądowy powinien w każdym przypadku uszkodzenia połączonego z zakażeniem zwrócić uwagę na usadowienie zakażenia, na czas rozgraniczający powstanie uszkodzenia od powstania zakażenia, wreszcie na wykluczenie innych pierwotnych źródeł i wrót zakażenia.

Stosownie do usadowienia ogniska infekcyi, zdarzają się często przypadki uszkodzeń ciała, w pobliżu których wykazuje się przy badaniu skutki zakażenia. W tych przypadkach łatwem jest rozstrzygnięcie, czy zakażenie zostaje w przyczynowym związku z zadanem uszkodzeniem. Usadowienie się produktów zapalnych w najbliższem sąsiedztwie uszkodzenia, postęp zakażenia od miejsca uszkodzonego będą przemawiały za tem, iż zakażenie pozostaje w związku z obrażeniem. Trudnem a nawet niemożliwem będzie rozstrzygnięcie związku między zakażeniem a uszkodzeniem wówczas, gdy zakażenie nie ogranicza się do ogniska, lecz jest rozlanem. W przypadkach takich należy zwrócić uwagę na czas wystąpienia objawów i zmian pochodzących z zakażenia, jakoteż na tę okoliczność, czy nie było w danym przypadku innych przyczyn zakażenia n. p. w ropnem zapaleniu opon mózgu, powstałem wrzekomo po urazie, czy nie ma źródła ropnej infekcyi w okolicznych jamach, jak nosowej, usznej i t. d. W przypadkach infekcyi ogólnej całego ustroju, powstałej wrzekomo po urazie, możliwem jest rozstrzygnięcie związku przyczynowego jedynie wtedy, jeśli się wykryje miejsce zkąd mogło przyjść do zakażenia. Przypadek Czemetschki, tyczący się położnicy zmarłej wrzekomo z zakażenia połogowego, stanowi doskonały w tym względzie przykład. Przy sekcyi znaleziono u niej prawidłowy stan pochwy i macicy, natomiast wykazano zapalenie włóknikowe prawego płuca, *rhinitis suppurativa*, *meningitis suppur.*, *endocarditis acuta*, *metrolymphangitis suppurativa*. Badanie bakteryologiczne ropy z opon i naczyń limfatycznych macicy wykazało diplokoki zapalenia płuc. Nie mogło zatem ulegać wątpliwości, iż zakażenie opon i macicy należało odnieść do zmiany w płucach a nie do zakażenia wprowadzonego nieumiejętnem udzieleniem pomocy przy porodzie.

W każdym przypadku należy się zastanowić, kiedy pojawiło się zakażenie. W tym celu należy sięgnąć do wywiadów, jakim był stan uszkodzonego przed obrażeniem, a następnie po jakim czasie od powstania uszkodzenia wystąpiły pierwsze wybitne objawy infekcyi. Najczęściej objawia się zakażenie zaraz w pierwszych dniach po swem powstaniu, zdarza się jednak, że objawy infekcyi nastają dopiero po upływie pewnego czasu, lub też że są one zrazu tak małoznaczne, iż chory ich nie dostrzega. Zatem czas, w jakim występują objawy zakażenia, nie poucza nas z zupełną pewnością o tem, kiedy nastąpiło zakażenie, ztąd też dochodzenie chwili wystąpienia pierwszych objawów infekcyi może się jedynie przyczynić do rozstrzygnięcia pytania, czy uszkodzony nie podpadł zakażeniu wcześniej, nim doznał uszkodzenia ciała. Nie można jednak twierdzić, że zakażenie nastąpiło dopiero wskutek urazu, jeżli się nie przekona, iż osoba, o którą chodzi, zresztą była i jest zdrową. Zasada *post hoc, ergo propter hoc* nie może liczyć na znaczenie w praktyce sądowo-lekarskiej.

W dodatku zastanawia się autor nad oceną sądowo-lekarską uszkodzeń ciała z zakażeniem.

W tych przypadkach należy rozdzielić ocenę tj. ocenić czas trwania uszkodzenia jako takiego, tj. bez względu na zakażenie, osobno zaś wydać swe zdanie co do skutków wywołanych przez zakażenie. Nie wolno zaś przypuszczać zakażenia rany zadanej dla tego, że użyte narzędzie nie było aseptycznem, gdyż niekoniecznie musi nieczyste narzędzie dać powód do zakażenia, jak również nie można twierdzić, że należyte a wczesne zaopatrzenie rany zapobiegałoby zakażeniu. Na pytanie w tej mierze ze strony sądu należy odpowiedzieć, że zakażenia przyranne stanowią skutki, o jakich mowa w §. 129. d. proced. kar. t. j. skutki, wynikające z przyczyn, które nastąpiły przypadkiem, lub czynem samym były wywołane lub z niego wypłynęły.

2) Dr. K. Ewald (w Wiedniu): Zaciśnięcie tchawicy przez wól i jego skutki.

Autor zastanawia się nad dotychczasowemi tłómaczeniami powstania zwężenia tchawicy u osób dotkniętych wolem, następnie podaje spostrzeżenia własne, do jakich doszedł przez badanie skrawków tchawicy i wola robionych przy pomocy zamrożenia. Przekonał się on, iż tchawica zrasta się z wolem w ten sposób, iż z tkanki okołotchawicznej biegną mocne włókna w miąższ wola, tworząc w nim tak zwane przegrody (*septa*). Jeśli więc gruczoł między temi przegrodami mieszczący się pocznie bujać i powiększać się ku tchawicy, wówczas włókna przegród ulegają napięciu a ponieważ łączą się z pierścieniem tkanki okalającej tchawicę, przeto ściągają i zaciskają tchawicę. Zaciśnięcie tchawicy przedstawia się w formie szczeliny na różnej wysokości wola rozmaicie ułożonej. Najrzadziej wydarza się uciśnięcie w formie szczeliny biegnącej równolegle z czołem tj. z boku na bok. Takie tłómaczenie powstania uciśnięcia tchawicy, oparte na dokładnem zbadaniu stosunków anatomicznych znajduje swe potwierdzenie w przypadkach nieznacznego wola, a który przecież zacisnął tchawicę.

Z tej samej przyczyny może wytworzyć się dewiacya tchawicy n. p. skolioza jej, której powstanie Wolfler tłómaczył bliznowatem zrośnięciem tchawicy z wolem i następowem kurczeniem się zrostów.

Na tej samej podstawie można wytłómaczyć rozszerzanie się przestworów położonych między chrząstkami tchawicy.

Gdy wedle dawniejszych zapatrywań należało dla uciśnięcia tchawicy przypuścić znaczne powiększenie się całego wola, to na mocy spostrzeżeń autora wystarczy przyjąć nagłe powiększenie się jednego guza, który wówczas wywołuje napięcie włókien przegrody. Takie zaś powiększenie się jednego guza może ustąpić po śmierci, a to dlatego, ponieważ powiększenie to może polegać na zaciśnięciu naczyń krwionośnych tego guza i na następowem obrzęku, rozdzielającym się po śmierci. Uciśnięcie naczyń żylnych może wywołać obrzęk głośni a zatem śmierć z uduszenia, chociaż przy sekcyi śladu tego obrzęku już się nie napotka z przyczyny jego rozdzielenia się. Zresztą zaciśnięcie tchawicy może zwolna wzrastać i zwolna doprowadzić do śmierci z uduszenia. Cho-

ciaż przebieg kliniczny w tych razach nie przemawia za uduszeniem, jednak sekcya przedstawia obraz, jaki zazwyczaj się spotyka po uduszeniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

3) Kolporafie i kolpoperineorafie. W ubiegłym roku szkolnym wykonaliśmy:

Kolporrhaphia anterior . .	5 razy
Kolporrhaphia posterior . .	5 „
Kolpoperineorrhaphia . .	8 „

Kolporafie przednie i kolpoperyneorafie. Operacyę tę wykonywamy albo samą albo razem z kolpoperyneorafią stosownie do przypadku — a mianowicie;

1⁰ w przypadkach wypadnięcia macicy i wynicowania pochwy, w których próbowano bez skutku leczenia krążkami, bo krążki nawet wielkie wypadają;

2⁰ w przypadkach wynicowania pochwy bardzo znacznego stopnia, w których z góry przewidzieć można, że krążki z powodu rozluźnienia podstawy miednicy nie utrzymują się;

3⁰ w przypadkach wynicowania pochwy i wypadnięcia macicy u kobiet bardzo biednych i wyraźnie nieinteligentnych albo mieszkających zdala od lekarza.

Pierwsze dwa wskazania, które podaje Hofmeier[15]), są prawie powszechnie przyjęte. Trzecie czynią niezbędnem nasze stósunki, albowiem nierzadkie niestety u nas przypadki smutnych następstw po zbyt długiem, czasem kilkunastoletniem, bez przerwy noszeniu krążka podyktowały nam to wskazanie. Zupełnie słusznie żąda też Neugebauer[16]), ażeby przystępując do założenia krążka uwzględniać nietylko wskazanie, formę i wielkość krążka oraz jego materyał, ale też stałą kontrolę lekarską i utrzymanie należytej czystości.

Zakresu wskazań do kolporafii i kolpoperyneorafii nie myślimy jednak zbytecznie rozszerzać mimo panującego obecnie w ginekologii kierunku operacyjnego, którego nadużywanie tak słusznie i dobitnie piętnuje Neugebauer; owszem jeżeli operacya Freunda „drutowania" pochwy okaże się dobrą i skuteczną, to zakres tych wskazań zmniejszy się o tyle, że wyłączymy z niego kobiety starsze po latach przejściowych. A przecież one stanowią dość spory procent naszego materyału do operacyj plastycznych.

Pacyentka przeznaczona do kolporafii dostaje dzień przed zabiegiem kąpiel i zostaje przeczyszczona, poczem naturalnie zostaje na dyecie ścisłej. Pochwę wymywa się w przeddzień operacyi wodą i sublimatem 1‰ i tamponuje gazą jodoformową, poczem tenże sam proceder powtarza się bezpośrednio przed zabiegiem.

Chorą układamy do zabiegu na wznak (jak do cięcia kamienia). Narkozę stósujemy prawie zawsze, tylko w niektórych przypadkach kolporafii przedniej wydaje sie nam zbyteczna. Metod operacyjnych używaliśmy w ubiegłym roku szkolnym dość dużo. Kolporafią przednią robiliśmy metodą Hegara i Fehlinga, tylną według Hegara, Martina, Lawsona-Taita i Graily-Hewitta[17]). Używaliśmy tak wielu metod dlatego, że one niewątpliwie wszystkie w stósownym przypadku prowadzą do celu a potem dlatego, ażeby słuchaczom przedstawić różne metody i ułatwić ich spamiętanie.

Rany otrzymane po zdjęciu płatów kolporafijnych szyjemy zawsze w ten sposób, że tworzymy w głębi kilka piąter szwów katgutowych kuśnierskich. Sposób ten zalecany gorąco przez wielu operatorów jak Schrödera, Hofmeiera i innych, zabiera bardzo niewiele czasu a oddaje bardzo dobre usługi, zwłaszcza w tych przypadkach, w których rana jest szeroka a napięcie przy zwykłym jednopiątrowym szwie jest zbyt duże. Dlatego można się w ostateczności bez tego piątrowego szwu obejść w kolporafii przedniej podwójnej Fehlinga i tylnej podwójnej Martina; w obu bowiem metodach zachowując *columnam rugarum* i robiąc zamiast jednej dużej dwie małe rany, unika się znacznego a dla doraźnego zgojenia rany zawsze niekorzystnego napięcia. Ostatnie piętro łączące brzegi rany szyjemy w pochwie jedwabiem, na międzykroczu zawsze srebrem. Ten szew srebrny na międzykroczu zadowalnia nas w zupełności; nie możemy tego samego powiedzieć o szwie jedwabnym, łączącym brzegi rany pochwowej; prawdopodobnie w roku bieżącym pójdziemy albo za radą Hofmeiera i będziemy w pochwie używać tylko katgutu albo pochwę podobnie jak i międzykrocze szyć będziemy srebrem. Za katgutem przemawia przedewszystkiem to, że nie trzeba go wyjmować, co po operacyi plastycznej w pochwie nie jest obojętne. Wprowadzenie choćby najmniejszego wziernika lub *gorgeretu* sprowadza bądź co bądź napięcie niepożądane a często niekorzystne. Przedewszystkiem w tych przypadkach, w których na jednem posiedzeniu operuje się obie ściany pochwy, wyjmowanie szwów jest trudne i dla świeżej rany nieobojętne.

Na leczenie pooperacyjne kładziemy obecnie wielki nacisk. Dawniej postępowaliśmy tak jak większa część operatorów a między nimi Hofmeier, t. j. nie przestrzykiwaliśmy ran wcale i tylko spokojnie czekaliśmy na zgojenie. Obecnie zmieniliśmy sposób postępowania i co dzień lub co drugi dzień opatrujemy rany w pochwie i na międzykroczu, obmywając je płynem odkażającym i zasypując mięszaniną dermatolową. Mogąc porównać wyniki postępowania wyczekującego z wynikami obecnie używanego sposobu, musimy stanowczo ten ostatni uważać za lepszy. W roku ubiegłym wszystkie nasze operacye plastyczne zgoiły się doraźnie *(per primam)*.

Operacyę Lawsona-Taita stosowaliśmy przedewszystkiem w przypadkach, w których nam chodziło o stworzenie silnej podpory na dnie miednicy a gdzie rozluźnienie tej podpory było znaczne. Myśmy ją robili jako dodatkową po kolporafiach, operacyi drutowej Freunda i po wentrofiksacyi. Sposób wykonania był taki, jak go opisuje Sänger i Hofmeier, t. j. prowadziliśmy jedno cięcie poprzeczne między kiszką stolcową a wejściem do pochwy a od końców tej rany dwa cięcia ku górze pod kątem mniej więcej prostym. Cięć ku dołowi, ku kiszce stolcowej, idących również od końców rany poprzecznej, jak je opisuje i rysuje Lawson-Tait[18]) w swoim podręczniku, nie dodawaliśmy. Do spojenia rany używaliśmy zawsze szwu srebrnego. Znakomity ten zabieg dawał nam pod każdym względem doskonałe rezultaty. Sam autor upatruje przedewszystkiem w tem zaletę swojej operacyi, że z pomocą niej restauruje międzykrocze, nie wycinając ani kawałka tkanki. Że ta zaleta może w wyjątkowych przypadkach stać się wadą i uczynić zabieg ten przeciwwskazanym, na to dostarcza dowodu jeden z naszych przypadków. Chodziło tu o pacyentkę, u której międzykrocze było przerwane zaledwie do połowy i która byłaby, jak wiele innych uważała się za całkiem zdrową, gdyby nie przykry nerwoból w bliźnie międzykrocza, który od dłuższego czasu męczył i sen odbierał. W tym przypadku wskazane było wycięcie blizny i zeszycie przerwanego międzykrocza, co też wykonaliśmy z dobrym skutkiem metodą Graily-Hewitta. Zabieg Lawsona-Taita byłby co do nerwobólu pozostał niewątpliwie bez rezultatu.

[15]) Hofmeier: Gynäk. Operationen s. 134.

[16]) Neugebauer: Przestroga przy używaniu wianków macicznych 1894. s. 17.

[17]) Graily-Hewitta metoda opisana w B. S. Schultze Lageveranderungen der Gebärmutter s. 199.

[18]) Lawson-Tait: Diseases of women 1889. s. 68.

4) Operacya Freunda przy wypadnięciu pochwy.

Freund[19]) idąc za przykładem Thierscha, który w *prolapsus recti* u dzieci zakładał pierścień z drutu srebrnego między skórą a zwieraczem odbytnicowym i w ten sposób osiągał dobre wyniki, zastosował ten sposób operacyjny przy wynicowaniu pochwy i podał operacyę, polegającą na zgojeniu się kilku drutów srebrnych w ścianie pochwy.

Operacyę tę według Freunda wykonuje się w następujący sposób: Podtrzymując palcami lub szczypczykami wynicowaną pochwę przeciąga się przy pomocy zwykłej igły, łukowato wygiętej, drut srebrny przez cały obwód ściany pochwy w tkance łącznej podśluzowej. Aby to uskutecznić, trzeba od czasu do czasu igłę wykłuć na zewnątrz a potem przez tenże sam otworek wykłucia dostać się znowu do tkanki podśluzowej. Wykłuwając w końcu igłę w miejscu pierwszego wkłucia, stworzy się szew otaczający całą ścianę pochwy a w całości pokryty jej błoną śluzową. W ten sposób należy założyć 3—4 szwy w miarę długości wypadłej pochwy. Po założeniu szwu pierwszego w bliskości części pochwowej asystent wypycha tę ostatnią ku wewnątrz ponad szew, który operujący ściąga teraz tak silnie i końce skręca, jak to uważa za potrzebne, pozostawiając w ranie taki otwórek, aby wydzielina z macicy mogła odpływać bez przeszkody. Następne szwy zakłada w odległości 2 do 3 cm. od siebie w okolicy wejścia do pochwy. Szwów takich nie zaciąga się już tak silnie jak pierwszego tak, aby przez pierścienie ztąd powstałe można przeprowadzić swobodnie koniec palca. Pojedyncze szwy nie potrzebują przebiegać równolegle. Druty w ten sposób założone podtrzymują pochwę mechanicznie a obok tego po pewnym czasie mają sprowadzać w następstwie zapalenia chronicznego zbliznowacenie i ściągnięcie się tkanki łącznej, wśród której przebiegają, co ma się przyczynić do tem ściślejszego podtrzymywania pochwy.

Krótkie trwanie operacyi, prawie zupełna niebolesność, zbyteczność wszelkich przygotowań, narkozy i leczenia pooperacyjnego, sposób operowania prawie bezkrwawy stanowią według Freunda liczne zalety tej operacyi. Owrzodzenia na ścianach pochwy stanowią chwilowe przeciwwskazanie, gdyż przed operacyą muszą być wprzód wygojone.

Operacye te zaleca Freund tylko u osób starszych i tylko w niektórych przypadkach wynicowania pochwy. E. Frank[20]), który w ten sposób dwukrotnie operował, potwierdza wszystkie zalety tej operacyi i z wyników jest bardzo zadowolony. Dobry wynik otrzymał również w jednym przypadku J. Schramm[21]).

Myśmy wykonali operacyę Freunda 2 razy. W pierwszym przypadku u chorej S. E., lat 45, z Rzeszowa, u której pochwa od kilku lat wypada, wykonano dnia 31. Maja powyższą operacyą zakładając 3 szwy srebrne. W 3 tygodnie potem chora zgłosiła się do kliniki a badanie podówczas wykazało, że szew jeden puścił a dwa inne przecięły w kilku miejscach błonę śluzową pochwy, co przypisać należy prawdopodobnie temu, żeśmy użyli drutu za cienkiego. Wyjęto wszystkie szwy i założono nowe z drutu grubszego.

Przekonaliśmy się przytem, że pomimo iż mechaniczne działanie drutów odpadło, pochwa dość dobrze utrzymywała się w nadanem jej położeniu i że wyciągnięcie pochwy na zewnątrz w celu założenia nowych szwów udało się z wielką trudnością, prawdopodobnie w skutek ściągnięcia się bliznowatego tkanki łącznej.

W drugim przypadku u chorej K. A., lat 48 liczącej, cierpiącej od kilkunastu lat na wypadnięcie pochwy, obok operacyi Freunda wykonaliśmy peryneoratię *modo Lawson-Tait*. Wynik tego przypadku był całkiem dobry.

Jakkolwiek z tych 2 przypadków nie można ocenić trwałości wyników tego zabiegu operacyjnego, to w każdym razie wobec zalet podanych przez Freunda a które i my potwierdzić możemy, operacya ta w niektórych przypadkach przynieść może niewątpliwe korzyści.

5) *Stenosis vaginae.* Nie podajemy historyi choroby ani uwag dotyczących tego przypadku, odsełając czytelnika do artykułu kolegi Dra Rościszewskiego pod tyt.: Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych (patrz *Przegląd lekarski* 1894. Nr. 20). (Ciąg dalszy nastąpi).

[19]) Centralblatt für Gyn. Nr. 47.

[20]) Prager med. Wochenschrift 1894 Nr. 18.

[21]) Centralblatt f. Gyn. 1894. Nr. 54.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Pierwszy Grawitz[83]) rozpoczął badanie doświadczalne nad przechodzeniem bakteryj przez ścianę jelita. Chcąc zbadać, jaką rolę odgrywa zaziębienie w powstawaniu zapalenia otrzewny, ogrzewał on i oziębiał naprzemian brzuch królików; okazało się, że ropne bakterye, wprowadzone u zwierząt tych do przewodu pokarmowego pod wpływem powyższych manipulacyj nie przechodziły przez ścianę jelita.

Wprowadzanie *per os* do przewodu pokarmowego zwierząt laseecznika *acnes contagiosae* konia oraz gronkowca ropnego złocistego, nie wywoływało żadnych zgoła zaburzeń ze strony otrzewny, gdy przewód pokarmowy znajdował się w stanie zupełnie prawidłowym. Gdy zaś w błonie śluzowej miejscami znajdowały się owrzodzenia dyfteryczne, bakterye przechodziły ze światła jelita do jamy brzusznej. Po zatamponowaniu odbytnicy zwierząt, którym *per os* zadano bakterye ropne, zwierzęta padały; raz wystąpiło zapalenie otrzewny włóknikowo-ropne, drugi raz zapalenia otrzewny nie było. Autor doszedł do wniosku, że koniecznym warunkiem do przejścia bakteryj przez ścianę jelita są zmiany patologiczne w tej ścianie, zwłaszcza zaś jakiś *locus minoris resistentiae* w błonie surowiczej; zmiany te mogą być jednak tak małe, że gołem okiem zupełnie dostrzedz ich nie można.

Waterhouse[84]) zaciskał na wzór uwięzłych przepuklin pętle jelitowe u królików; okazało się, że zmiany w ścianie jelita, wywołane przez 5-cio godzinne podwiązanie, nie wystarczały do umożliwienia bakteryom przejścia ze światła jelita do jamy brzusznej. To samo twierdzi Orth[85]), pod którego kierunkiem pracował Waterhouse. Według Rittera[86]) bakterye przechodzą przez ścianę jelita jedynie w tym razie, jeśli w ścianie tej są miejsca nekrotyczne. Korkumow[87]) zaś sądzi, że wystarcza do tego zniszczenie przybłonka jelitowego.

Reichel[88]) wywoływał u psów niedrożność jelita przez zaginanie i zaszywanie pętli jelita; nawet po kilkudniowej koprostazie bakterye nie przechodziły do jamy brzusznej, pomimo zaburzenia w krążeniu we właściwym odcinku przewodu pokarmowego. Pawlowsky[89]) zaś znalazł, że nawet w najsilniejszem zapaleniu otrzewny, wywołanem przez środki chemiczne, bakterye również nie przechodzą przez ścianę jelitową i nie ma następowego zakażenia tą drogą. W zapaleniu otrzewny pochodzenia bakteryjnego rzecz się ma inaczej: tutaj już po upływie kilku dni bakterye dostają się z jelita do jamy brzusznej. Kraft[90]) podwiązywał pozaotrzewnowo odbytnicę, wywoływał w ten sposób obrzęk

[83]) Grawitz: Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charite-Annalen. Jahrgang XI. 1886. p. 770.

[84]) Waterhouse: Experimentelle Untersuchungen ueber Peritonitis. Virch. Arch. T. CXIX. 1890. p. 343.

[85]) Orth: Experimentelles ueber Peritonitis. Centralblatt für Chirurgie. 1889. Nr. 48. p. 849.

[86]) Ritter: l. c.

[87]) Korkumoff: l. c.

[88]) Reichel: Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus. Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXV. p. 495.

[89]) Pawlowsky: l. c.

[90]) Kraft: l. c.

ściany jelita, wynaczynionki a pomimo to bakterye nie przechodziły do jamy brzusznej. Tabor przez zaciśnięcie pętli jelita cienkiego nie był w stanie wywołać zakażenia błony otrzewny. Autor ten sądzi, że zapalenie otrzewny występujące w uwięźnieniach pętli jelita, jest z początku natury aseptycznej, dopiero później, gdy powstaną nekrozy i owrzodzenia błony śluzowej, dostają się bakterye ze światła jelita przez naczynia limfatyczne do jamy brzusznej.

Walthard[91]) zakażał przewód pokarmowy zwierząt, którym był wyciął macicę. Zapalenie otrzewny w takich okolicznościach nigdy nie występowało.

Do odmiennych wyników doszedł A. Fraenkel[92]), który po sztucznej strangulacyi pętli jelita wyhodował z otrzewny jadowite *bacterium coli commune*. Wurtz i Depreaux[93]) po podwiązaniu aseptycznem pętli jelita cienkiego na 5 razy znaleźli 2 razy *bacterium coli commune* w wysięku otrzewnowym. Wurz sądzi, że bakterya ta przechodzi do worka przepuklinowego dopiero wówczas, gdy pewna ilość wody przepuklinowej już jest wytworzoną.

E. Fraenkel[94]) twierdzi, że bakterye często za życia przechodzą z jelita do jamy otrzewny i wywołują gnilne zapalenie tej błony.

Boennecken[95]) zaciskał u psów pętle jelita na wzór uwięzłych przepuklin. Na 14 razy znalazł on w płynie worka przepuklinowego 11 razy *bacterium coli commune*. Autor ten doszedł do wniosku, że nawet lekki zastój żylny w ścianie jelita wystarcza, by przez daną pętlę przechodziły bakterye kałowe do jamy brzusznej. Gdy zaburzenie krążenia ustąpi z jakiego bądź powodu, bakterye nie przechodzą dalej do jamy brzusznej. Wyniki otrzymane przez Boenneckena zostały przynajmniej w większej części potwierdzone przez Arnda[96]). Arnd chciał sprawdzić te wyniki, gdyż w doświadczeniach Boenneckena nie była wykluczoną możliwość powstawania drobnych nekroz niedostrzegalnych gołem okiem w tych miejscach, w których elastyczna podwiązka wywierała ucisk na ścianę jelita. Chodziło więc o to, czy rzeczywiście bakterye już wówczas przechodzą przez ścianę kiszki, gdy wystąpiły zmiany, które jeszcze wraz z usunięciem przeszkody ustąpić mogą. Autor ten dawał królikom *per os bacillus pyocyaneus, bac prodigiogus* oraz laseczník podobny do *bac. subtilis* a po strangulacyi pętli jelita kilka razy udało mu się wykazać te drobnoustroje w wodzie przepuklinowej; było to w takich przypadkach, w których zmiany patologiczne w ścianie jelita ograniczały się do lekkiego zastoju żylnego. Arnd sądzi, że ilość wytworzonej wody przepuklinowej jest niejako miarą ilości bakteryj, które przeszły przez ścianę jelita do worka przepuklinowego. Welch[97]) znalazł w surowiczo-włóknikowym wysięku brzusznym, powstałym w skutek zapalenia otrzewny bez przedziurawienia jelita, 3 razy *bacterium coli commune* w hodowli czystej.

Na podstawie obfitego materyału klinicznego doszli Tavel i Lanz[98]) do wniosku, że w worku przepuklinowym uwięzłych przepuklin stósunkowo rzadko można znaleść bakterye kałowe. Na 17 takich przypadków znaleźli oni bakterye w wodzie przepuklinowej zaledwie dwa razy. Dwa razy nawet zdarzyło się, że w ścianie przepukliny były miejsca nekrotyczne a pomimo to worek przepuklinowy bakteryj nie zawierał.

Ztąd wysnuwają autorowie śmiały wniosek, że przechodzenie bakteryj przez ścianę jelita nie ma nic wspólnego ze stanem, w jakim się dane jelito znajduje.

Rovsing[99]) nie znalazł bakteryj w wodzie przepuklinowej w 5-ciu przypadkach, w których uwięźnięcie trwało od 24 do 72 godzin. Nawet woda przepuklinowa, wyraźnie cuchnąca kałem, nie zawierała bakteryj a była ona aseptyczna i w takich przypadkach, w których uwięzła pętla, okazywała zabarwienie brudno szare. Według tego autora koniecznym warunkiem do przejścia bakteryj przez ścianę kiszki jest uszkodzenie błony surowiczej danego odcinka jelita.

Ostatnią wreszcie doświadczalną pracą w tym względzie jest praca Okar-Bloma[100]). Autor ten, który wykonywał doświadczenia na królikach, doszedł do następujących wniosków: przy zastoju żylnym w ścianie jelita, trwającym od 2 do 72 godzin, *bacterium coli commune* ani nie wchodzi do ściany jelita, ani też tembardziej nie przechodzi przez nią do jamy brzusznej. Przy zupełnej niedrożności jelita *bacterium coli* może wejść do tkanki ściany kiszki, zupełnie tak samo, jak się to zdarza w stósunkach prawidłowych w wyrostku robaczkowym. W mocnem uwięźnięciu pętli jelita, trwającem od 2 do 10 godzin, *bacterium coli* do ściany jelita nie wchodzi; nawet wówczas, gdy woda przepuklinowa była zupełnie mętną, nie udało się autorowi wykazać w niej w powyższych stósunkach danego drobnoustroju. W dłużej trwającem uwięźnięciu wchodzi on do ściany jelita, dostaje się do naczyń limfatycznych błony podśluzowej i tą drogą dostaje się do kreski. Według Okar-Bloma przy przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita największy opór stawia im błona surowicza. Najważniejszymi czynnikami, wywołującymi przechodzenie bakteryj przez ścianę jelita, są niedrożność oraz zaburzenia krążenia w danym odcinku przewodu pokarmowego.

Rozpatrując wyniki prac powyżej streszczonych, widzimy, że są one zgodne tylko w części, co do ważnych bowiem szczegółów znajdujemy w nich zasadnicze sprzeczności. Że w pewnych stósunkach patologicznych bakterye przechodzą ze światła jelita do jamy brzusznej nie ulega wątpliwości; że dzieje się to wówczas, gdy w ścianie jelitowej znajdują się miejsca nekrotyczne, również jest zupełnie jasnem, gdyż miejsca takie nie mogą stanowić przeszkody dla prostego przerastania ich z jednej strony tej ściany na drugą *(Durchwachsung)*. Do obserwacyi Tavela i Lanza[101]), która się temu sprzeciwia, za chwilę powrócimy. Co do tego ważnego punktu, czy w zastoju żylnym w ścianie jelita do niej wchodzą oraz przez nią przechodzą bakterye, panuje właśnie między autorami największa sprzeczność. Nie możemy wytłómaczyć sobie tej sprzeczności inaczej, jak tylko w ten sposób, że zmiany w ścianie jelita, jakie różni autorowie uważali za prosty zastój żylny, musiały być rozmaite, jeżeli już nie co do jakości, to przynajmniej co do ich stopnia. Wszak w doświadczeniach właściwych unormowanie ucisku, wywołanego przez podwiązkę elastyczną, należy do zadań nadzwyczaj trudnych a jedyny wskaziciel stopnia tego ucisku a mianowicie pulsacya tętnic kiszkowych może służyć zaledwo do zupełnie powierzchownej oryentacyi. Ucisk ten jest przytem bardzo niejednostajny, zwłaszcza w tym miejscu w którem leży węzeł. (Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

N. Senn. Chirurgia jamy brzusznej na polu bitwy.

Roztrząsając na zjeździe chirurgów polskich w r. 1890. działanie broni palnej Manlicherowskiej wyraziłem się, iż tylko mała ilość rannych z uszkodzeniem jamy brzusznej

[91]) Walthard: l. c.
[92]) A. Fraenkel: l. c.
[93]) Wurz: Le bacterium coli commune. Arch. de med. exp. et d'anat. pathol. T. V. Nr. 1. 1893.
[94]) E. Fraenkel: Zur Aetiologie der Peritonitis. Münchener med. Wochenschrift. 1890. Nr. 11. p. 202. Ref. w Centralblatt f. Bact. u. Parasit. 1890. Nr. 17. p. 585.
[95]) Boennecken: Virch. Arch. T. CXX. 1890.
[96]) Arnd: Ueber die Durchgaengigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen. Centralblatt f. Bact. u. Parasit. T. XIII. Nr. 5/6. 1893. p. 176.
[97]) Welch. Medecine moderne. 1892. 28. l. c.
[98]) Tavel und Lanz: l. c.
[99]) Rovsing: Hospitaltidende. 1892. p. 489. l. c.
[100]) Okar-Blom: Beitrag zur Kenntniss des Eindringens des Bacterium coli commune in die Darmwand in pathologischen Zustaenden. Centralblatt f. Bact. u. Parasit. T. XV. 1893. Nr. 16.
[101]) Tavel und Lanz: l. c.

dostanie się do szpitala, z którego to względu należałoby laparotomię wykonywać jak najrychlej, nawet jeżeli można w miejscu pierwszej pomocy. Do tego samego przyznaje się S. w swojej rozprawce, bo przez to nie jednego życie ocalić się da. Tysiące umierało dotąd wskutek krwotoków wewnętrznych, których rychło wykonanem cięciem brzusznym ocalić można było. Że jednak laparotomia szczególniejszej wymaga zręczności, wnosi autor, aby przy wojsku ustanawiano na przypadek wojny specyalistów do wykonywania laparotomij. Następnie zastanawia się nad przygotowaniami do tejże operacyi i operacyą samą. Gdzie nie ma innych wskazań, należy operować w linii białej, bo cięcie to najlepszy toruje dostęp do jamy brzusznej. Celem doraźnego wstrzymania krwotoku, palcami uciskać powinien asystent aortę brzuszną przez ranę operacyjną poniżej przepony. S. ostrzega przed używaniem katgutu do szycia ran w jelicie i podwiązywania sieci, z czem się zgodzić nie mogę, zawsze bowiem używałem do tego celu katgutu karbolowego z bardzo dobrym wynikiem. W przypadku zaś, gdziem w rok po zeszyciu rany w kiszce miał sposobność dokonania sekcyi zwłok, nie mogłem znaleść blizny, chociaż dobrze pamiętałem miejsce, w którem szyłem kiszkę.

Zgodnie z mojem doświadczeniem sprawdził S. doświadczeniami na zwłokach, iż kula przeszywająca na wylot jamę brzuszną, nie musi uszkodzić trzew. W 14-u przypadkach 4 razy trzewa były nieuszkodzone. Ma się to przytrafiać wtedy, jeżeli kula przeszywa jamę brzuszną od przodu ku tyłowi lub też poprzecznie powyżej pępka. Jeżeli zaś kierunek poprzeczny przewodu postrzałowego jest poniżej pępka, wtedy jelita z pewnością mają być uszkodzone i to nie tylko w jednem miejscu, bo czasem jest aż 3 — 16 uszkodzeń. Sprzeczne z tem jest moje własne doświadczenie, bo w przypadku, gdziem zastał trzewa nieuszkodzone, przewód postrzałowy poprzecznie przebiegający znajdował się poniżej pępka. Celem sprawdzenia, czy przewód pokarmowy jest uszkodzony czy nie, radzi S. wdmuchiwanie powietrza do odbytnicy, które otworem w jelicie na zewnątrz uchodzić będzie.

Na końcu zajmującej swej rozprawki ilustrowanej licznemi rycinami, podaje autor model składanego stołu operacyjnego, który użyć się da zamiast noszów. Wątpię, czy na razie wszyscy chirurgowie zgodzą się z zapatrywaniem Senna, i czy mocarstwa uwzględnią jego nawoływania, aby znaczniejsze sumy ofiarowano na potrzeby sanitarne, skoro się miliony wydaje na udoskonalenie uzbrojeń. (*St. Louis Clinique.* June 1894). *Bogdanik.*

A. Bumm: **O ruchomem leczeniu złamań kości.**

W ostatnich latach coraz więcej porzuca się dawne zasady leczenia złamań kości. I słusznie; z powodu długotrwałego unieruchomienia kończyn bowiem często występywał zanik mięśni, sztywność stawów unieruchomionych i w skutek tego po wyleczeniu złamań pojawiały się trwałe, nieprzyjemne następstwa, zwłaszcza jeżeli złamanie tyczyło się samychże stawów. Dla tego też staramy się obecnie o jak najrychlejsze wprowadzenie w ruch złamanej kończyny i zwracamy baczną uwagę na to, aby podczas leczenia złamania nie dopuścić do wystąpienia zaników mięśni lub zesztywnienia stawów. Autor wprawdzie nie rozporządza większym materyałem, dla tego też i własne doświadczenie jego nie jest wielkie, uwagi jego atoli, jakie w broszurze podaje, są trafne, rozprawka zaleca się przeto dla lekarza praktycznego. Zwrócić jednak muszę uwagę, iż ugniecenie podczas leczenia złamań musi się odbywać bardzo oględnie. (*Wiener. Klinik.* 1895. Zeszyt 1). *Bogdanik.*

Psychiatrya.

Alzheimer: **Porażenie postępowe u osób młodocianych.**

Autor zebrał z literatury 40 przypadków niedołęstwa umysłu poraźnego u osób młodych a dodaje do nich przypadek własny. Z zestawienia autora wynika, że niedołęstwo umysłu poraźne wydarza się u dzieci i osób młodocianych wcale często i to w równej liczbie u płci męzkiej, jak i żeńskiej. I w tych razach bywa przyczyną kiła wrodzona lub nabyta; ponadto bywa przyczyną uraz głowy, wreszcie dziedziczna skłonność do chorób umysłowych. Objawy choroby, przebieg, zejście i zmiany anatomiczne mózgu w niczem nie zbaczają od tych, jakie się dostrzega w niedołęstwie poraźnem osób starszych. (*Wiener klin. Rundschau.* 1894). *Wachholz.*

Choroby zakaźne.

Nocard: **Gruźlica u zwierząt domowych.** (*Dictionnaire vétérinaire pratique.* Paryż 1892).

Tenże: **Zapobieganie gruźlicy u bydła rogatego.** (Z kongresu nad gruźlicą. Paryż 1893).

Tenże: **O wartości dyagnostycznej tuberkuliny.** (Tamże).

Tenże: **O znaczeniu dziedziczności i zarazka w gruźlicy.** (Tamże).

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Historya obór Paryża jest pod tym względem niemniej przekonywająca. Gdy dawniej wszystkie obory miejskie były tak zakażone, że wszystkie krowy, prowadzone z nich do rzeźni, niszczono jako gruźlicze, obecnie jest rzadkością napotkanie sztuki gruźliczej. A powstało to na skutek radykalnej zmiany w sposobie produkcyi mleka. Właściciele mleczarń kupują krowy świeżo ocielone w okresie największej wydatności mleka i sprzedają je rzeźnikom natychmiast, gdy ta wydatność się zmniejsza. W ten sposób krowa nie przebywa w stajni dłużej niż rok a czas ten, jak doświadczenie uczy, jest zbyt krótkim, by świeżo odprowadzona do obory krowa mająca gruźlicę (naturalnie w pierwszych stadyach trudnych do rozpoznania, inaczej właściciel mleczarni by jej nie kupował) mogła zarazić swoje sąsiadki. W ten sposób Paryż stał się we Francyi miejscowością, liczącą najmniejszy % krów gruźliczych.

Dawniejszy stan obór paryzkich trwa do tej chwili w oborach prowincyonalnych: krowy trzymane tam są dopóty, dopóki właściciel może z nich mieć jakąkolwiek korzyść, 5 do 6 lat co najmniej. Jedna krowa gruźlicza w tych stosunkach do obory wprowadzona wystarczy, by choroba zagnieździła się na stałe, oraz by wszystkie zwierzęta kolejno uległy zakażeniu.

Okoliczności te stwierdzają aż nadto dowodnie, że zakażenie gruźlicą jest możebnem tylko przy bezpośredniem i długotrwałem obcowaniu. Stwierdzenie okoliczności, że dziedziczność w rozszerzaniu się gruźlicy u bydła gra rolę podrzędną oraz dokładne określenie sposobów zarażania się sztuk jednych od drugich jest dla hodowców okolicznością nadzwyczaj ważną i pocieszającą. Umożebnia ono bowiem odnowienie stad nawet najbardziej zarażonych stosunkowo niewielkim kosztem i w przeciągu krótkiego czasu; potrzeba bowiem tylko starannie oddzielić młode zarówno od zetknięcia z matkami jak i w ogóle z zakażonemi zwierzętami. Jest to bardzo ważnem szczególniej w przypadkach, gdzie chodzi o zachowanie jakiej rzadkiej lub cennej odmiany. We wszystkich przypadkach, gdzie Nocard zapewnił, że młode, uznane za zdrowe za pomocą próby tuberkulina pozostaną zdrowemi pod warunkiem, że się je uchroni od zetknięcia z zarażonemi indywiduami, niedaleka przyszłość zapatrywanie to potwierdziła.

Skoro tedy zarażenie się gra w rozpowszechnieniu gruźlicy rolę najważniejszą, zdawałoby się, że możnaby złemu zapobiedz, oddzielając starannie zwierzęta chore od zdrowych i desinfekcyonując dokładnie obory zakażone. Do ostatniej jednak chwili takie oddzielenie, na pozór proste, było w praktyce niewykonalne.

Nie ma bowiem nic trudniejszego nad rozpoznanie kliniczne gruźlicy u bydła, szczególniej w pierwszym okresie rozwoju. Bywało mnóstwo przypadków, że nagradzano zwierzęta na konkursach na skutek ich pięknego wejrzenia a mimo to zwierzęta były w znacznym stopniu gruźlicze. W roku

ubiegłym w miasteczku Marmande nagrodzonym został wół opasowy. Nabył go rzeźnik za 800 franków. Pokazało się, że był on dotknięty gruźlicą płuc, opłucny, otrzewny i jako taki nie mógł być na zasadzie ustawy obowiązującej na jatki użyty i mięso uległo zniszczeniu.

Obecnie jednak te trudności rozpoznania zmniejszyły się znakomicie dzięki tuberkulinie, która z zadziwiającą, niemal cudowną dokładnością pozwala odkrywać najdrobniejsze zmiany gruźlicze, które się niczem na zewnątrz nie objawiają.

Od początku roku 1891. aż do połowy roku 1893. wykonał Nocard z pomocą kilku weterynarzy przeszło 1500 prób z tuberkuliną. W każdej oborze, w której wykonano doświadczenia, zabijano dla sprawdzenia co najmniej jedną sztukę. Wybierano zazwyczaj okazy takie, które pomimo wyjątkowo pięknego wejrzenia oddziaływały mocno na tuberkulinę. We wszystkich bez wyjątku przypadkach sekcya potwierdziła rozpoznanie za pomocą tuberkuliny zrobione, najczęściej znajdowano zmiany drobne, nieliczne, zdarzało się jednak, że pomimo pozornie pięknego wejrzenia zwierzęcia, mięso jego nie było do użytku zdatne, tak liczne były zmiany gruźlicze; bywały naodwrót przypadki, że trzeba było mocnego przeświadczenia o nieomylności wskazania za pomocą tuberkuliny, by nie stracić cierpliwości przy sekcyi i szukać uporczywie ognisk drobnych, znajdowanych wreszcie gdzieś głęboko pod warstwą tłuszczu w jednym lub kilku gruczołach śródpiersia lub pozagardzielowych.

W ten sposób wykonał Nocard 124 sekcye z wynikiem potwierdzającym wskazania tuberkuliny co do istnienia gruźlicy oraz 78 sekcyj odwrotnych t. j. na zwierzętach takich, które na tuberkulinę nie reagowały; nic też w tych ostatnich przypadkach pomimo starannych poszukiwań nie znalazł. W 9 przypadkach, w których zwierzęta klinicznie przedstawiały wyraźny obraz gruźlicy, gorączka maskowała wpływ rozpoznawczy tuberkuliny, w takich jednak daleko posuniętych przypadkach rozpoznanie kliniczne zupełnie wystarcza i nie potrzeba uciekać się do tuberkuliny.

W przypadkach innych chorób już to ostrych już to chronicznych, tuberkulina nic nie wpływa na podniesienie się ciepłoty. Nocard wylicza w ten sposób zbadane 3 przypadki czerwiowego zapalenia oskrzeli i płuc *(bronch. vermineuse)*, 5 przypadków przewlekłego zapalenia płuc, 1 przypadek rozedmy płuc, 2 przypadki promienicy szczęk, 1 przypadek promienicy przełyku, 2 przypadki promienicy języka, 1 przypadek zapalnego guza śródpiersia, 8 *distomatosis hepatis*, 4 bąblowca płuca i wątroby, 1 zapalenia osierdzia, 2 przewlekłej biegunki, 1 ropnego zapalenia macicy.

Dwie krowy dotknięte promienicą szczęki oraz jedna chora na zapalenie płuc, które wszakże na tuberkulinę oddziaływały przez podniesienie się ciepłoty o 2,1° do 2,9°, okazały się równocześnie chorem i na gruźlicę.

W jednym przypadku 18 sztuk bydła w Bois-Bondrau, uznanych klinicznie za gruźlicze, na zasadzie ujemnego wskazania przy próbie za pomocą tuberkuliny uznano za wolne od gruźlicy. Istotnie po zabiciu jednej z najbardziej podejrzanych sztuk pokazało się, że zwierzęta chorują na czerwiowe zapalenie oskrzeli *(bronchite vermineuse)*.

Ostatecznie Nocard przychodzi do wniosku, że „tuberkulina jest środkiem nieporównanej wartości rozpoznawczej. Tam gdzie tuberkulina wskazuje obecność gruźlicy, oględziny zaś żadnych zmian nie wykazują, można twierdzić, że oględziny źle wykonano i zmiany gruźlicze przeoczono, należy więc oględziny powtórzyć szczegółowo a ognisko gruźlicze nieraz bardzo drobne znajdzie się napewno. W tych przypadkach, gdzie zwierzęta dotknięte innemi chorobami oddziaływają na tuberkulinę, należy przypuszczać równoczesne istnienie ognisk gruźliczych".

Posiadając w ręku tak potężny środek rozpoznawczy, jak tuberkulina, nie jesteśmy już obecnie bezsilni, gdy idzie o zapobieganie rozszerzaniu się gruźlicy.

Wystarczy do tego:

1° Starannie oddzielić zwierzęta zdrowe od takich, które za pomocą tuberkuliny za chore uznano.

2° Dla zwierząt zdrowych przeznaczyć oborę nową lub starannie zdesinfekcyonowaną.

3° Do takiej obory nie wpuszczać na stały pobyt żadnego zwierzęcia bez wypróbowania go za pomocą tuberkuliny.

4° Zwierzęta wskazane jako chore tuczyć szybko i oddać na rzeź.

Punkt ostatni wymaga może paru słów wyjaśnienia. Ponieważ tuberkulina wykazuje zazwyczaj chorobę w początkowych okresach jej rozwoju, dlatego też tuczenie takich zwierząt udaje się nadzwyczaj łatwo a zmiany po zabiciu znajdowane nie będą nigdy tak wielkie, by nadzorca rzeźni musiał mięso niszczyć. Chodzi tu jedynie o jaknajrychlejsze usunięcie takich zwierząt, aby zapobiedz przejściu choroby w stadya niebezpieczniejsze. W ten sposób właściciel zwierzęcia zyskuje podwójnie. Uchrania inne sztuki od zakażenia i nie traci materyalnie nawet na chorej sztuce. Ostatniego przepisu, t. j. przeznaczania sztuk chorych na rzeź, przestrzegać trzeba pilnie a przedewszystkiem pod żadnym pozorem nie przeznaczać sztuk podejrzanych na rozpłodzenie.

Zaprowadziwszy powyższe proste sposoby, zyskalibyśmy daleko więcej, niż przez wprowadzanie najbardziej surowych ustaw policyjnych co do niszczenia sztuk chorych.

Przedewszystkiem powinniśmy się starać o jak najszersze rozpowszechnienie znajomości pożytku tuberkuliny; właściciele obór powinni, nie czekając interwencyi rządu, starać się o zmniejszenie klęski, co się udać może przy niewielkim nakładzie pracy i kosztów. Inicyatywą prywatną w tym względzie wyprzedzić powinny towarzystwa rolnicze i weterynarskie. Rzecz prosta, że współudział ministeryum handlu i rolnictwa grać tutaj może rolę niepoślednią. Pożądanem by było n. p. niedopuszczanie do konkursów państwowych tych okazów na rozpłód przeznaczonych, które nie wyszły zwycięzko z próby za pomocą tuberkuliny jak to już zrobiono w Danii.

Wszystkie wnioski Nocarda, przedstawione przez niego na kongresie przeciwgruźliczym w Paryżu w 1893., przyjęte zostały przez członków kongresu jednomyślnie.

Popularne streszczenie powyższej pracy Nocarda rozrzucono w celach agitacyjnych po całej Francyi w setkach tysięcy egzemplarzy. *O. Bujwid.*

Patologia.

Bechterew (w Petersburgu): **Wpływ zapalenia urazowego kory mózgowej na jej pobudliwość.**

W doświadczeniach z wycinaniem ograniczonych części kory mózgowej dostrzegł B., że w tych partyach kory, w których w następstwie urazu zadanego wytwarza się zapalenie, pobudliwość wzrasta znacznie. Zjawisko to skłoniło autora do wykonania kilku doświadczeń na małpach, z których zdaje sprawę. Zbadawszy pobudliwość sfery psychomotorycznej kory mózgowej po jednej stronie (przez oznaczenie siły prądu indukcyjnego, potrzebnej do wywołania jak najmniejszego ruchu kończyny przeciwległej), wycinał wszystkie miejsca, z których można było przez zadrażnienie wywołać ruchy jednej kończyny. Po kilku dniach, gdy objawy porażenia będące następstwem ekstyrpacyi poczęły już ustępować, odsłaniał B. na nowo uszkodzone części mózgu i symetryczne miejsca drugiej półkuli w celu badania pobudliwości tych okolic kory, które otaczają miejsce uszkodzone a dla porównania symetrycznych okolic drugiej półkuli mózgowej.

Doświadczenia te wykazały, że w sąsiedztwie zniszczonego miejsca kory, pobudliwość była nadzwyczaj podniesioną, co wyrażało się nietylko przez to, że siła prądu potrzebnego do wywołania jak najmniejszego ruchu kończyną była bardzo mała, ale że do sprowadzenia napadu epileptycznego wystarczał prąd tak słaby, któryby u zwierząt prawidłowych nie był w stanie wywołać najsłabszych skurczów mięśniowych. W niektórych przypadkach pobudliwość była tak wy-

górowana, że drobne (?) podrażnienie mechaniczne jak dotknięcie gąbką (!) wystarczało do wywołania silnych drgawek w przeciwległej połowie ciała.

(Sprawozdawca w doświadczeniach przeprowadzonych z prof. Cybulskim miał niejednokrotnie sposobność zauważyć u małp w ciągu doświadczenia dłuższy czas trwającego takie podwyższenie pobudliwości, jako następstwo nie zapalenia, lecz samego odsłonięcia kory, a co najwyżej lekkiego przekrwienia. Podobnie i w jednym przypadku u człowieka, któremu w klinice krakowskiej z powodu nowotworu opony twardej odsłonięto korę mózgową, zauważyliśmy wystąpienie napadu epilepsyi Jacksona pod wpływem lekkiego dotykania się kory mózgowej, będącej w stanie zapalenia). Bechterew dostrzegł nadto, że w otoczeniu rany z czasem przychodzi do wytworzenia się na nowo usuniętych ośrodków korowych, albowiem udawało mu się wywołać ruchy porażonej kończyny przez drażnienie kory w sąsiedztwie wyłuszczonego ogniska, w miejscu, którego drażnienie przedtem nie dawało zgoła żadnych ruchów.

Dalszem badaniem kwestyi, jak długo utrzymuje się podwyższenie pobudliwości, jak się zachowuje czas utajonego podrażnienia (?) pod wpływem urazowego zapalenia kory i in. zajmuje się pod kierunkiem autora Żukow. Tymczasem podaje B. rezultaty z tych badań, z których wynika:

1) że czas utajonego podrażnienia kory pod wpływem zapalenia traumatycznego znacznie się skraca;

2) podwyższona pod wpływem zapalenia pobudliwość ośrodków zmniejsza się wskutek wycięcia symetrycznych przeciwległych ośrodków.

3) Ośrodki motoryczne nowowytworzone pod wpływem zapalenia, mogą po usunięciu ich na nowo powstać w sąsiedztwie. (*Neurolog. Centralblatt* 1895. Nr. 1). *Beck.*

Fizyologia.

M. Reiner i J. Schnitzler: **O drogach odpływu dla płynu mózgo-rdzeniowego** *(liquor cerebro-spinalis).*

Autorowie wprowadzali u psów kuraryzowanych w dolnej części rdzenia do przestrzeni podpajęczej (*spatium subarachnoideale*) jużto ciała rozpuszczone w wodzie, jak żelasinek potasu, już też zawiesiny jak oliwę i badali, czy i kiedy wstrzyknięte substancye zjawiają się we krwi żyły szyjnej i żyły udowej. Żyła szyjna była tak odpreparowaną, że odprowadzała krew tylko z wnętrza czaszki pochodzącą bez przymieszki krwi z twarzy i szyi. Wynik doświadczeń tych był następujący:

Żelasinek potasu pojawia się najpierw we krwi żyły szyjnej, niż udowej. Z tego wynika, że płyn wprowadzony do przestworu subarachnoidealnego dostaje się wprost do żył mózgowych. Wstrzykiwania oliwy przekonały autorów, że podwyższenie ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego zmniejsza ilość krwi przepływającej przez mózg. Badanie zaś mikroskopowe krwi z żyły szyjnej wykazały, że oliwa dostaje się także do krwi żylnej, wypływającej z mózgu. Muszą przeto zdaniem R. i S. istnieć bezpośrednie komunikacye między naczyniami żylnemi a jamami surowiczemi mózgu, a komunikacye te upatrują autorowie prawdopodobnie w otworach (*stomata*), jakie analogicznie znaleziono w środku ścięgnistym (*centrum tendineum*) przepony. (*Fragmente aus der experimentellen. Pathologie*, herausgegeben von Prof. Stricker. Wien 1894. Deuticke). *Beck.*

Zapiski terapeutyczne.

21. Lebreton i Magdelaine: Leczenie błonicy surowicą swoistą. Od 1. Października do 25. Grudnia r. z. leczyli autorowie w szpitalu *des Enfants-Malades* w Paryżu 258 dzieci na błonicę, z których umarło 31 czyli 12% a jeżeli od tych 31 odejmie się jeszcze 8 przypadków, w których śmierć nastąpiła w przeciągu najbliższych 24 godzin po przyjęciu do szpitala a przed leczeniem surowicą, to pokaże się, że na 250 przypadków zakończyło się śmiercią 23 czyli 9·2%.

Tracheotomię wykonano z koniecznej potrzeby 24 razy z 9 czyli 37·5% przypadkami śmierci, intubacyę zaś 51 razy.

Na wszystkich 258 przypadków było 147, w których badanie mikroskopijne wykazało różne gatunki bakteryj i na nie przypada 19 przypadków śmierci.

Na 1200 injekcyj surowicy tylko jedna przeszła w ropienie; innych przypadków w miejscu wstrzyknięcia nigdy nie było. Natomiast z przypadów ogólnych wymienić należy osutki skórne i białkomocz.

Co do osutek, były one bardzo rozmaite: w postaci pokrzywki, rumienia jak w płonicy lub odrze lub wielopostaciowego i ukazywały się w rozmaitych czasach po wstrzyknięciu surowicy, średnio między 8. a 11. dniem i po różnych dawkach surowicy. W ogólności widziano je w 70-ciu przypadkach.

Białkomocz wykazano u 140 chorych i to 83 razy przy przyjęciu do szpitala lub w najbliższych 48 godzinach, 57 razy w okresach późnych choroby, nawet w samym jej końcu.

Porażenia widziano tylko bardzo rzadko, może dlatego, że po ustąpieniu błonicy oddawano dzieci zaraz rodzicom.

W ogólności przeto surowicę swoistą trzebaby obecnie uważać za najlepszy środek przeciw błonicy; ponieważ jednak po jej wstrzyknięciu nieraz podnosi się ciepłota, pokazuje białkomocz a stan ogólny czasem staje się niepokojącym, chociaż nieraz tylko przelotnie, przeto autorowie nie uznają potrzeby stosowania surowicy sposobem zapobiegawczym u dzieci zdrowych, które stykały się z osobami cierpiącemi na błonicę.

Z przyczyny dławca intubowano 51 przypadków, z których 14 zakończyło się śmiercią a 37 wyzdrowieniem. Z tych 14 przypadków zakończonych śmiercią (= 27·45%) w połowie nastąpiło zejście niepomyślne w czasie krótszym od 24 godzin po przyjęciu do szpitala z przyczyny zapalenia płuc i oskrzeli, zapalenia samych tylko oskrzeli, ogólnego zakażenia tak, że na dzieci intubowane i leczone surowicą przypada tylko 18·7% przypadków śmierci.

Jakkolwiek przeto skuteczność intubacyi nie ulega wątpliwości, pamiętać należy, iż operacya ta jest subtelna i trudna i wymaga, by nad dzieckiem w ten sposób leczonem czuwał nieustannie lekarz, mający już wprawę do tej operacyi i mogący ją w razie potrzeby powtórzyć, czyli innemi słowy, intubacya pozostanie procedura szpitalna a w praktyce prywatnej w mieście da się zastosować tylko przy pomocy nieustannej biegłego w niej lekarza.

W dyskusyi nad tym odczytem zwraca uwagę Chantemesse, że co się tyczy leczenia zapobiegawczego w błonicy, potrzeba do tego bardzo małych dawek (1 do 2 cm.³) surowicy, po których nie można się obawiać żadnego wpływu szkodliwego.

D'Heilly przytacza, że u dzieci na dławiec chorych a intubowanych widział nieraz zapalenie płuc i oskrzeli powstałe jakoby z dostania się przez tubus do dróg oddechowych cząstek pokarmów i zapytuje się Dra Lebretona, czy i on czegoś podobnego nie widział.

Na to oświadczył Lebreton, iż i jemu wydaje się, że zapalenia płuc i oskrzeli trafiają się częściej po intubacyi niż po tracheotomii. Pacyenci jego spożywali jednak tylko rosoły i zupy. (*La semaine médicale* 6. Lutego 1895).

22. O wyborze soli chininowych i najstósownniejszym sposobie ich zadawania.

Biorąc pochop z okazyi wyprawy francuskiej do Madagaskaru zajęło się Towarzystwo terapeutyczne w Paryżu naprzód zbadaniem, jaki przetwór chininy jest najpraktyczniejszy.

Dawniej, jak wiadomo, używano najwięcej siarkanu chininowego zasadowego (*chininum sulfuricum basicum*), który przez dodanie stósownej ilości roztworzonego kwasu siarko-

wego przemieniano w siarkan chininowy obojętny (*chininum sulfuricum neutrum*). Ponieważ w ostatnich latach weszły w użycie powszechne wodobromek i wodochlorek chininy (*chininum bromatum* i *muriaticum*), przeto zbadano najpospolitsze przetwory chininy pod względem ich zasobu samegoż alkaloidu i ich rozpuszczalności w wodzie; pokazało się, że

siarkan zasadowy	zawiera	chininy	74·31%
siarkan obojętny	„	„	59·12%
wodobromek zasadowy	„	„	76·60%
wodobromek obojętny	„	„	60·00%
wodochlorek zasadowy	„	„	81·71%
wodochlorek obojętny	„	„	81·61%

a rozpuszczają się:

siarkan zasadowy	w	581	częściach	wody	w	15°	C.
siarkan obojętny	„	11	„	„	„	„	„
wodobromek zasadowy	„	45	„	„	„	„	„
wodobromek obojętny	„	6·33	„	„	„	„	„
wodochlorek zasadowy	„	23·73	„	„	„	„	„
wodochlorek obojętny	„	0·66	„	„	„	„	„

Najkorzystniej przeto do wstrzykiwań podskórnych z obydwóch względów używać wodochlorku chininy obojętnego.

Ta nadzwyczajnie łatwa rozpuszczalność nie wchodzi oczywiście w rachubę, gdy chodzi o powolne, ale ciągłe działanie chininy, n. p. w celu ochronienia sposobem zapobiegawczym od zimnicy, ale i tak wodochlorek chininy będzie tu najodpowiedniejszym, ponieważ zawiera najwięcej alkaloidu.

Co do sposobu zadawania chininy, orzekło Towarzystwo, że wymaga się zgubienia smaku i łatwej manipulacyi i przekonano się, że bardzo dobrą formą zadawania leku, o którym mowa, jest powłoczka z galarety t. j. torebki lub perełki a nawet pigułki rozpadają się łatwo w żołądku. (*La médecine moderne* 6. Lutego 1895).

23. Galvagni: Wstrzykiwanie w żyły chlorku i dwuwęglanu sodowego przeciw zapadowi w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Autor, profesor kliniki lekarskiej w Modenie, jest zdania, że porażenie serca, któremu ulega tak wielu chorych na włóknikowe zapalenie płuc, pochodzi ze krzepnienia krwi w sercu i dlatego wpadł na myśl wstrzykiwania w razie niebezpieczeństwa zapadu do żył wyjałowionego rozczynu zawierającego 0·75% chlorku sodowego i 0·50% dwuwęglanu sodowego, który ma przeszkadzać rzeczonemu krzepnieniu krwi. Z 8 przypadków przez autora w ten sposób leczonych dwa przybyłe do kliniki już w agonii zakończyły się śmiercią, 6 zaś innych, w których wstrzyknięto do żył po 200 gramów wymienionego rozczynu, gdy tętno było już słabe i nieregularne, zakończyło się pomyślnie. (*La semaine médicale* 6. Lutego 1895).

Wątpić należy, czy ta metoda zdoła się przyjąć w praktyce z powodu trudności technicznych, o które rozbijają się także i wstrzykiwania sublimatu w żyły zalecane przez Baccellego (por. Nr. 37. *Przeglądu lek.* z r. z.).

24. Gubarów (w Dorpacie): Leczenie eklampsyi. Opierając się na wyleczeniu sześciu z rzędu przypadków eklampsyi radzi autor następujące leczenie: morfina podskórnie w dawkach średnich (po $1\frac{1}{2}$ centygrama) po sześć razy dziennie, lawatywy z chloralu (chloroform do narkozy tylko podczas operacyj) a co najważniejsze, podniecenie czynności skóry przez częste obmywania ciepłe, wycieranie skóry mięszaniną octu, soli kuchennej i wyskoku, utrzymywanie wysokiej ciepłoty powietrza a szczególniej zastósowanie wysokich stopni ciepła na okolicę nerek za pomocą pęcherza gumowego napełnionego wodą gorącą. Pod wpływem takiego leczenia widział autor zmniejszenie się ilości białka a powiększenie się ilości moczu. Wewnętrznie zadaje się mleko, stósowne wody mineralne i sól gorzką i glauberską. Tylko w jednym przypadku okazał się potrzebnym upust krwi ze żyły. (*Centralblatt für Gynaekologie.* 5. 1895).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 23. Grudnia 1894 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 12.

1) Przewodniczący podaje do wiadomości, że proff. Bujwid i Adametz przyjęli wybór na członków Komisyi i że uchwałę tę Komisyi Tow. lek. krak. zatwierdziło uchwałą z dnia 5. Grudnia 1894.

2) Przyjęto do wiadomości pismo mag. farm. Dobrowolskiego, w którem zawiadamia, że zasięgnie zdania Komisyi co do wewnętrznego urządzenia fabryki opatrunków i przyborów leczniczych, skoro tylko przezwycięży trudności w uzyskaniu pozwolenia władz przemysłowych na założenie fabryki tej w Podgórzu.

3) Uchwalono prosić proff. Jaworskiego i Olszewskiego o sprawozdanie dalsze o stanie fabryki wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego a to w tym celu, by fabryka ta dotąd wzorowo prowadzona, była pod ciągłym nadzorem Komisyi i by konsumenci mieli tę pewność, że fabrykacya wód gazowych i obecnie odbywa się w sposób należyty.

4) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach.

5) Przyjęto do wiadomości, że PP. Mossoczy i Pytlarski założyli w Krakowie skład przyrządów chemicznych i bakteryologicznych, wyrabianych przez firmę Rohrbeka, co przy obecnem stanowisku nauki ułatwia nawet lekarzom praktycznym zaopatrywanie się w te przyrządy w składzie krajowym, dopóki w kraju nie powstanie fabryka, którаby wyrabiała te przyrządy.

6) W sprawie uprawy roślin lekarskich i zbierania roślin lekarskich dziko rosnących, uchwalono uprosić członka Komisyi, mag. farm. Sobierajskiego, by z współudziałem zaproszonych do tego znawców, prof. Czarnomskiego i asystenta P. Brzezińskiego, opracował zebrany dotychczas materyał i w odpowiedniem czasopiśmie umieścił artykuły o potrzebie uprawy i o korzyściach zbierania roślin leczniczych.

7) Upoważniono Dra Ludomiła Korczyńskiego, by opracował sprawozdanie ze spółczesnej literatury balneologicznej krajowej i ze stanu zdrojowisk krajowych do czasopism zagranicznych tak, jak to w roku 1887. uczynił ś. p. Doc. Dr. Smoleński w tomie 218 *Roczników lekarskich* Schmidta. W celu dostarczenia referentowi potrzebnego materyału literackiego i statystycznego uchwalono wystosować odpowiednią odezwę do Zarządów krajowych zdrojowisk i uzdrowisk.

Sekretarz komisyi przem. lek.: *Dr. Michał Śliwiński.*

V. O dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich [1].

Napisał

Prof. Rydygier.

Ehret die Frauen
Sie flechten und weben
Himmlische Rosen
In's irdische Leben.
Schiller.

Kilka słów poważnych powiedzieć w sprawie dopuszczenia kobiet do studyów lekarskich nie będzie z pewnością od rzeczy właśnie teraz, kiedy ta sprawa tak modna natarczywie a coraz bliżej i do nas przystępuje.

Biorąc rzecz zasadniczo, to równouprawnienie kobiet z mężczyznami jest nonsensem, bo się sprzeciwia odwiecznym prawom natury. Dopóki kobieta jest przeznaczoną do rodzenia dzieci i karmienia niemowląt, jak na to wskazuje

[1]) Pisząc do pisma lekarskiego, traktuję całą sprawę tylko ze stanowiska lekarskiego i potrzeb studyów lekarskich.

sama budowa jej narządów, to stanowczo ani mowy być nie może o równouprawnieniu z rodzajem męzkim. Tak już w całej przyrodzie Pan Bóg rzeczy ułożył, albo kto woli, niech powie, tak już w całej przyrodzie rzeczy się ukształtowały, że role są podzielone nietylko u ludzi, ale i u zwierząt a nawet roślin.

Dopóki u mnie w Mydlnikach słowik śpiewa i żer przynosi samicy w gniazdku siedzącej, dopóty ja w równouprawnienie nie uwierzę.

Tyle w kwestyi zasadniczej, z której wywodzi się prawo kobiet do przyjęcia wszelkich zatrudnień męzkich — a raczej do pożądania takich, które dają zaszczyty i godności obok znaczniejszych dochodów.

A teraz przejdźmy do specyalnego naszego pytania.

Z góry przypuszczam na zasadzie równouprawnienia, że nikt nie śmie się odezwać, żeby kobiety mogły inaczej przystąpić do studyów lekarskich, jak po zdaniu matury w gimnazyach z takim samym zakresem nauk, jak gimnazya męzkie. Otóż tedy naprzód stwierdzam, że obecnie takich kandydatek u nas wcale nie ma.

Przypuśćmy jednak, że z czasem mogłyby się takie kandydatki znaleść. To i wtenczas jeszcze musiałbym się stanowczo oświadczyć przeciwko przypuszczeniu takich kandydatek do studyów lekarskich a to z następujących przyczyn.

Jeżeli mamy przystąpić do tak daleko sięgających reform, które zmieniają a raczej zmienić mają przyrodzony i wiekami uświęcony ustrój społeczny, to muszą być do tego arcypoważne i naglące powody. Czy tak rzeczywiście jest? Czy jest może brak wielki lekarzy? Ależ przeciwnie! Statystyka wykazuje i ciągle w pismach lekarskich czytamy, że jest przepełnienie studyów lekarskich, że mamy nadmierną liczbę lekarzy (*hyperproductio*).

Na to wołają zwolennicy i zwolenniczki przypuszczenia kobiet do studyów lekarskich: a cóż to przeszkadza temu, żeby kobiety poświęcały się medycynie? co za egoizm mężczyzn, strach przed konkurencyą, kobiece zawody są także przepełnione, zkądże tylko kobiety mają ciągle zajmować poślednie stanowiska szwaczek i skromne nauczycielek i t. d.!

Przepraszam bardzo, przedewszystkiem jeszcze raz odwołuję się do uporządkowania całej przyrody: tak już raz jest na świecie, że kobieta jest skazana na dom i zatrudnienie w nim; a szczytne to zadanie, które najwięksi poeci tak gorąco sławili i na tem opiera się nasz cały szacunek dla kobiet, na tem wielkie ich uprzywilejowanie.

Słyszę stereotypową odpowiedź, że przecież nie wszystkie kobiety wychodzą, ani nie mogą wyjść za mąż, więc też ani domu własnego nie mają, ani strzedz nie mogą domowego ogniska. Nie wchodzę bynajmniej w to, czy i o ile kobiety same przyczyniają się do coraz większej niechęci mężczyzn do ślubów małżeńskich przez wygórowaną chęć do strojów i zabaw a niechęć do pracy w domu, przyczyniającej środków do utrzymania ogniska domowego; natomiast podnieść muszę, że nawet dzisiaj jeszcze kobiety niewychodzące za mąż stanowią mały odłamek rodzaju żeńskiego. Dla wyjątków nie zmienia się porządku społecznego uświęconego wiekami. Tem mniej mamy do tego powód, im więcej pozostaje jeszcze dotychczas zawodów odpowiednich dla kobiet a przez nie niewyzyskanych.

Zawód lekarski z pewnością do tych zawodów nie należy, przeciwnie ani siły fizyczne, ani umysłowe kobiet do niego nie dorosły. Zaraz tego dowiodę.

Najzapaleńsi zwolennicy a nawet same zwolenniczki nie twierdzili nigdy, żeby kobiety nadawały się do wykonywania chirurgii, a są jeszcze i inne gałęzie naszej nauki, n. p. choroby weneryczne u mężczyzn, które z góry bywają wykluczane, jako zatrudnienie nie nadające się dla kobiet. Taki niekompletny lekarz-kobieta, to bastard lekarza. Wszakże zawsze zgodnie wszyscy twierdziliśmy i do dziś dnia to uchodzi za niewzruszoną zasadę nauk lekarskich, że nie można się uczyć różnych z osobna gałęzi medycyny, ale całość trzeba umieć i znać, chociażby później specyalizowano się w jednym kierunku. Tak więc przy takiem wykluczeniu z góry kilku gałęzi medycyny jako nieodpowiednich dla kobiet ucierpiećby musiała już sama nauka medycyny.

Jeszcze gorzej wyszłaby na tem praktyka. Zwykle słyszymy i jako argument główny bywa podawany, że z przyszłych kobiet-lekarzy dlatego właśnie największe błogosławieństwo spłynęłoby na ludzkość, że kobieta mniej wymagająca osiedlałaby się po wsiach, w zakątkach, których dzisiaj każdy lekarz unika i tam nie tylko pomocy lekarskiej udzielałaby ubogiej opuszczonej ludności, ale zarazem szerzyłaby oświatę i t. d., i t. d. się deklamuje. Nie mówię wcale o tem, czy i o ile kobiety takie, które poświęciły się medycynie, zdolne są do krzewienia oświaty pomiędzy ludem i jakby ta oświata wyglądała? tego jednak przemilczeć nie mogę, że medycyna i leczenie źleby na tem wyszły. Właśnie w takich zakątkach odległych lekarz nieobeznany z całą medycyną i niepraktykujący we wszystkich jej gałęziach to *absurdum*. Jak sobie da radę taki lekarz-kobieta ze zwichnięciem w stawie biodrowym i innemi? Tu już nawet sama znajomość chirurgii nie pomoże, ale siły — siły męzkiej potrzeba do odprowadzenia. Jak sobie da radę taki lekarz-kobieta w przypadkach, gdzie bubaj brzuch rogiem rozpruł ubogiemu wieśniakowi i jelita wypadły, gdzie krew się leje strumieniami, gdzie w bójce w karczmie pijani rozbili sobie głowy lub nożem się pokaleczyli? Wszak to tak częste przypadki na wsi! Jeszcze jeden przykład: Ubogiemu wieśniakowi uwięza przepuklina pachwinowa — czy on zawoła, czy on ma zawołać kobietę-lekarza? Czy ten lekarz-kobieta będzie odprowadzał taką przepuklinę? Cóż na to powiedzą zwolennicy i zwolenniczki przypuszczenia kobiet do studyów lekarskich, żeby kobieta manipulowała koło części płciowych u mężczyzny; cóż powiedzą ci, którzy z takiem oburzeniem podają jako jedną z głównych przyczyn swego żądania, że to przecież barbarzyństwo, skandal, żeby kobietę chorą zmuszać do poddania zbadaniu mężczyźnie swoich części rodnych! Proszę Panów, nie żartujcie sobie z zdrowego rozsądku! Idę dalej: dziś gdzie mamy obowiązek ogólny służenia we wojsku, choroby weneryczne szerzą się i w najodleglejsze zakątki i smutnie znacząc postęp cywilizacyi, wdrapują się nawet na najwyższe szczyty Tatr naszych, jak to niestety wiemy z doświadczenia w Zakopanem. Czy ten góral lub wieśniak ma iść do kobiety-lekarza i dać leczyć jej swój wiewiór (tryper) lub wrzód miękki albo twardy? Sądzę, że chyba żadna Polka się nie znajdzie, którаby się tego podjęła. A cóż wtenczas z nieszczęśliwym chorym się stanie, co z jego rodziną, co ewentualnie z całą osadą? Po cóż taki niby — lekarz, lekarz-kobieta zajmuje

to miejsce i przeszkadza, żeby się tam osiedlił — choćby nie zaraz, to z czasem może — lekarz rzeczywisty, bo wszakże widzimy, że w miarę przepełnienia lekarzami większych miast coraz więcej udaje się do małych miasteczek i wiosek. W najgorszym razie lepiej niech nie będzie tam żadnego lekarza, niż taki lekarz-bastard a w dalszej lub bliższej okolicy znajdzie się rzeczywisty lekarz!

Przechodzę teraz do gałęzi praktyki lekarskiej nadającej się niby specyalnie dla lekarza-kobiety i jako takiej zawsze wysuwanej: do położnictwa i chorób kobiecych. Na pierwszy rzut oka gotowiśmy bodaj uwierzyć, że tutaj kobieta-lekarz, jeśli już nie wyrówna mężczyźnie, przecież jest możliwą, ale gdzież tam! Do tej niby uprzywilejowanej gałęzi kobiecej jest ona tak samo nie zdatną, jak do innych gałęzi medycyny. Wszakże ginekologia, to dzisiaj po większej części chirurgia zastosowana do chorób części rodnych kobiety. Jeżeli nie chcemy obniżyć znowu tej gałęzi, świetnie obecnie rozwiniętej, napowrót do tyle i tak słusznie wyśmiewanej *Glycerin - Watte - Tampon - Gynaekologie*, to chyba nie oddamy jej w ręce kobiety-lekarza. Czy zechciałby kto, znający się choć tylko powierzchownie na ginekologii oddać w ręce kobiety-lekarza owaryotomię, histerektomię i tyle innych operacyj ginekologicznych? operacyj tak wielkich, tak ładnych, że stanowią największą chwałę chirurgii, ale dających tyle powikłań, tyle niespodzianek w stósunku z jelitami i innymi narządami w jamie brzusznej, że tylko cała zimna krew, rozwaga i energia najlepszego mężczyzny właśnie wystarcza do pokonania w lot tych, często nieprzewidzianych trudności i komplikacyj. Cudowne to operacye, cudowne i życie dające ich wyniki, ale precz mi od nich z lekarzem kobietą! Ani siłami ducha, ani ciała do takiego zadania kobieta nie dorosła!

Ale do wykonywania praktyki lekarskiej w położnictwie przecież nie można odmówić kobiecie-lekarzowi zdatności? Niestety i tutaj powiedzieć muszę, że jak niezrównanemi są akuszerkami i żaden mężczyzna z niemi porównania wytrzymaćby nie mógł, tak nie nadają się wcale na lekarzy-akuszerów. Nie polegam tu wcale na własnem zdaniu, ale powołuję się na profesora położnictwa i chorób kobiecych Dohrna, który w tym przedmiocie napisał świetną rozprawę a mógł ją gruntownie napisać, bo się specyalnie tą gałęzią zajmuje i zna jej potrzeby, a mieszkając w Królewcu, miał nawet sposobność stykania się z lekarzami-kobietami z Rosyi. Ciekawy czytelnik znajdzie tę rozprawę w *Dt. med. Woch.* 1893. pag. 179.; ja tylko kilka uwag z niej wyjmuję i swoich dorzucam: I położnictwo wymaga więcej sił fizycznych, niż niemi rozporządza kobieta. Każdy lekarz, który raz wykonał rozwiązanie ciężkie kleszczami, pamięta z pewnością dobrze, z jakiem wytężeniem wszystkich swych sił pracować musiał, jak go jeszcze kilka dni potem mięśnie rąk i pleców bolały. Takich sił *„aerztliches Fräulein"* nie jest zdolne rozwinąć. A dodajmy do tego, że jak to już na początku podniosłem, przyroda przeznaczając kobietę do innych celów i nie przeczuwając, że jej się kiedyś zachce być lekarzem, inaczej też urządziła jej rozwój: z 15 rokiem panna dorasta, ale po 40. już zaczyna tracić; okres rozwoju i pełnego posiadania sił u kobiety jest daleko krótszy niż u mężczyzny; pozostałoby jej zaledwie 10—15 lat po studyach lekarskich do używania w pełnym rozwoju swych sił, z których potrącić należy jeszcze liczne przerwy z powodu regularności, podczas której znaczna część kobiet nietylko jest niezdolna fizycznie do zajęć, ale nadto nie pozwala jej na nie rozdrażniony ustrój nerwowy. Nie wspominam już wcale o ewentualnej brzemienności i późniejszem klimakteryum. Jakże taki lekarz-kobieta z tak częstemi przeszkodami, wynikającemi z jego ustroju, a nie przypadkowemi, mogłaby skutecznie wypełniać obowiązki swej praktyki?

A władze umysłowe czy dopisałyby lekarzowi-kobiecie przy trudnych połogach? Czy miałby on tyle oporności i stałości umysłu, żeby przywołany do połogu przeciągającego się, ale nie wymagającego operacyjnego zakończenia, oprzeć się zdołał błaganiom matki, męża, ciotek i samej rodzącej, błagających o skrócenie cierpień i ukończenie porodu?! Trzeba wiedzieć, jak całe to otoczenie umie schlebiać, wychwalać, sławić dobroć, wielkość i moc doktora, który byłby chciał, mógłby od razu uwolnić męczącą się ofiarę. Na to potrzeba całej stałości męskiego charakteru, żeby się takiej pokusie oprzeć: tutaj leżą narzędzia, któremi umiesz władać, potrzebujesz ich tylko użyć, nawet czasem bez wszelkiej szkody dla rodzącej — lecz niepotrzebnie; ale za to uzyskasz dozgonną wdzięczność całego otoczenia, pokażesz, żeś rzeczywiście tych pochwał wart, że rzeczywiście umiesz dużo i pomódz możesz — w przeciwnym razie musisz siedzieć kilka a nawet kilkanaście godzin; wszystko zakończy się samo bez twojej pomocy. Chyba wąż w raju gorzej nie mógł kusić i wybrał sobie kobietę i dopiął swego. Bodaj czy obecna generacya kobiet jest oporniejsza! Tak wielkiej stałości w takich razach potrzeba, że doświadczony mój nauczyciel Pernice dawał zwykle taką radę, żeby młody lekarz, jeżeli znajdzie się w takim przypadku na wsi i przekona się, że wszystko prawidłowo postępuje a jeszcze kilka godzin czasu do ukończenia, najlepiej wyjechał z mężem na polowanie, bo trudno będzie mu się oprzeć ciągłym prośbom.

Nie będę się powtarzał, żeby wykazać, że również do wykonywania wielkich operacyj położniczych, jak cięcia cesarskiego i t. p. kobieta nie jest zdolna.

Tak więc i w tej gałęzi medycyny nie pozostaje nic innego kobiecie, jak to, do czego już dziś ma przystęp, a do czego u nas dotychczas kobiety inteligentniejsze i z lepszych rodzin wcale się nie garną, a przez co mogłyby oddać daleko większe usługi społeczeństwu a sobie zapewnić wcale pokaźne i intratne stanowisko, t. j. zostać akuszerkami. Stan ten dziś u nas poniekąd nie zbyt ceniony, natychmiast nabrałby innego znaczenia, gdyby inne elementa go składały. Właśnie ten sam Dohrn powiada, że ma pomiędzy sobie znanemi akuszerkami panie z najlepszego towarzystwa i bardzo inteligentne i te właśnie niezmierne oddają usługi społeczeństwu, nie dające się zastąpić, żadną pracą męską.

„Dla pracowni bakteryologicznych, histologicznych i chemicznych kobieta-lekarz stanowi nieoceniony nabytek z swoją pilnością, pracowitością i wytrwałością w siedzeniu", odzywają się głosy. Nie przeczę temu wcale i przyznaję nawet, że ma prócz tego jeszcze inne, specyalne zalety, ale na to nie trzeba, żeby została lekarzem, bo tych przeważnie technicznych rzeczy można się w kilku latach nauczyć, nie ukończywszy studyów lekarskich. Wiem n. p. o takich inteligentnych posługaczach, którzy w pracowniach profesorowi

prawie gotowe już preparaty histologiczne pod mikroskop podają, a czemużby tego daleko dokładniej i w obszerniejszym zakresie wykonać nie mogła wykształcona kobieta? Zresztą trudno zaprowadzać tak daleko idące zmiany dla dla tego, żeby otrzymać kilkanaście, nawet kilkadziesiąt tęgich pomocników-kobiet dla pracowni uniwersyteckich; u nas dla naszych 2 lub 3 uniwersytetów ograniczałaby się ta liczba do kilku osób.

Na zakończenie podać muszę kilka dat statystycznych na potwierdzenie powyższych swoich wywodów, chociaż prawdziwie tego one nie potrzebują: Naprzód przytaczam doświadczenie Laskowskiego, sławnego profesora z Genewy i naszego rodaka *(Revue scientifique)*: W ostatnich 17 latach było 175 kobiet zapisanych na wydział lekarski w Genewie. Z tych było 50 Polek, z których 4 ukończyły studya. Z reszty 125 studentek 10 jeszcze zdało egzamin. Jedna z tych 10 umarła, dwie wyszły za mąż i nie praktykują, cztery z wielką biedą utrzymują się z praktyki, a tylko 3 jako tako się powodzi. Co z resztą 115 się stało, nie można się dowiedzieć, ale łatwo się domyśleć! Dalibóg aż nadto odstraszający obraz.

Rapport présenté au ministre de l'instruction publique sur la situation de l'enseignement supérieur en 1892—1893 par le conseil général des facultés de Paris podaje, że było zapisanych na medycynę 139 studentek, z tych aż 124 z Rosyi, a tylko 15 Francuzek; to także wymowne liczby. Te lekkie niby Francuzki, żadne pieniędzy przy takiem ułatwieniu, bo przy wydziale lekarskim przyjmującym studentki na miejscu, nie zapisują się.

Aż nadto dowodów na rzecz i tak niewątpliwą! To też nie dziwię się wcale, że nawet w Washingtonie wydział lekarski tamtejszego *Columbian University* zamknął drzwi swych przybytków przed studentkami, które dawniej były przypuszczone do studyów lekarskich.

Precz więc z Polski z dziwolągiem kobiety lekarza! niech nam i nadal słynie chwała kobiet naszych, którą tak ładnie głosi poeta.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Lutego 1895.

— Z Kałusza otrzymujemy następujące pismo: Wszystkim Szanownym Kolegom, którzy łaskawie czyniąc zadość prośbie mojej pospieszyli z pomocą na rzecz wdowy po kol. L. H., serdeczne składam podziękowanie i donoszę, że uzbierałem kwotę 138 złr. w. a.

Dr. Wurst.

— Na uroczystość poświęconą uczczeniu pamięci Wiktora Szokalskiego w Warszawie wysłały stosowne telegramy Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcya *Przeglądu lekarskiego*.

— W piśmie peryodycznem *Russkaja Medicina* proponuje Idelson, by na 12. międzynarodowym kongresie lekarskim, odbyć się mającym w roku 1897. w Moskwie, w rozwinięciu pierwotnej myśli Dra Dobrzyckiego z Warszawy urządzić wystawę powszechną peryodycznej prasy lekarskiej.

— Na 12. kongresie dla medycyny wewnętrznej, odbyć się mającym, jak już donieśliśmy, w roku bieżącym w Monachium, przyjdą na posiedzeniach przedpołudniowych następujące przedmioty pod dyskusyą: Użycie terapeutyczne żelaza. Sprawozdawcami Quincke z Kilonii i Bunge z Bazylei. Skutki leczenia błonicy surowicą swoistą. Sprawozdawcą prof. Heubner z Berlina. Patologia i terapia zapalenia kiszki ślepej. Sprawozd. Sahli z Berna i Helferich z Gryfii.

— Piąty międzynarodowy kongres otologiczny odbędzie się w roku bieżącym we Florencyi od 23. do 26. Września.

— Według najnowszych wykazów urzędowych praktykuje w okręgu policyjnym paryskim (w samym Paryżu) 2421 (2153) lekarzy, 92 (84) urzędników zdrowia, 1340 (1090) akuszerek, 1200 (960) farmaceutów i 70 (69) dentystów.

— Kupiec P. J. Iliin, który własnym kosztem zbudował pawilon dla chorych dzieci przy miejskim szpitalu w Rostowie nad Donem, ofiarował teraz 1000 rubli na koszta wyrabiania surowicy leczniczej dla tegoż szpitala.

— Fundusz zbierany na uczczenie pamięci prof. Botkina a przeznaczony na zbudowanie schroniska dla podupadłych lekarzy i ich rodzin wynosi obecnie więcej niż 33000 rubli.

— Bakteryolog niemiecki, M. Edel obrachował, że w wodzie wanny użytej przez niego samego było po kąpieli 3 miliardy 860 milionów zarodków.

— W dwudziestu wydziałach lekarskich uniwersytetów Cesarstwa niemieckiego jest w bieżącem półroczu szkolnem zapisanych 7796 uczniów; najwięcej w Berlinie (1220) i Monachium (1125), najmniej w Rostoce (110) i Giessenie (109).

— Według dat świeżo zebranych przez prof. Bollingera w Monachium śmiertelność ze suchot płucnych zmniejsza się w głównych miastach niemieckich i gdy wynosiła na 10.000 mieszkańców w Monachium w 1883. roku 40·8, była w roku 1893. tylko 30·8; w tymże czasie w Berlinie 34·7 i 25·7. Podobnież zmniejszyła się śmiertelność we Frankfurcie nad M., Dreźnie, Altonie, Elberfeldzie, Sztutgarcie i t. d. W Wiedniu słusznie okrzyczanym za miasto specyalnie przez gruźlicę płuc nawiedzone, zmniejszyła się śmiertelność ze suchot płucnych w równym czasie z 69·29 na 47.

To zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy trzeba bezwątpienia przypisać z jednej strony rozmaitym środkom higienicznym, zaprowadzonym względem osób dotkniętych rzeczoną chorobą, z drugiej ogólnej poprawie stosunków sanitarnych po miastach.

— Tak jak w upadłym niedawno gabinecie francuskim Dupuya było dwóch ministrów lekarzy, Dr. Lourties i Dr. Viger, tak i w urzędującym obecnie gabinecie Ribota jest także dwóch lekarzy, Dr. Chautemps, minister osad zamorskich i Dr. Gadaud, minister rolnictwa.

— W dniu 24. Marca r. b. rozpocznie swe czynności w Koimbrze w Portugalii narodowy kongres przeciw gruźlicy pod przewodnictwem Dra Augusta Rochy, naczelnego redaktora dziennika *Coimbra medica*.

— *Zeitschrift für Krankenpflege* podaje jako najlepszy sposób zapobiegania zamarzaniu okien w zimie a przez to pozbawieniu chorych przyjemności wyglądania na świat wycieranie szyb od czasu do czasu kawałkiem skóry, zwilżonej mieszaniną jednej części gliceryny z 20-tu częściami roztworzonego wodą wyskoku.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 1. Lutego w Kamionce Strumiłowej w Galicyi Dr. **Antoni Janiszewski**, lekarz powiatowy, w 41. roku życia na dur osutkowy, którym zaraził się przy swych czynnościach urzędowych jako ofiara swego powołania. Zmarły odznaczał się prawością charakteru i poczuciem honoru stanu lekarskiego. Zamiast wieńca na trumnę zmarłego złożyli koledzy i przyjaciele 25 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. — W dniu 5. Lutego w Ostrowie siedleckim lekarz **Jan Załeski**, przeżywszy lat 31. — W dniu 9. Lutego w Warszawie, przeżywszy lat 77, Dr. **Aleksander Przystański**, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, b. lekarz komitetu policyjno-lekarskiego. Zmarły obchodził przed kilkoma laty 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Do ostatnich czasów śledził postęp nauk lekarskich, stale uczęszczał na posiedzenia Tow. lek. warsz. i zostawił piękną bibliotekę z dzieł i czasopism lekarskich polskich. — W dniu 6. Lutego w Wiedniu w 29. roku życia Dr. **Szymon Stefan Blatteis**, były lekarz pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie i lekarz stacyi sanitarnej w Suezie w Egipcie.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 6. R. Jasiński: Thoracotomia duplex. L. Leszczyński: Kilka słów o solweolu w dentystyce. A. Troczewski: Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. K. Niedzielski: Przypadek powierzchownej zgorzeli pochodzenia uciskowego. H. Gotard: Przypadek śpiączki histerycznej. W *Medycynie* Nrze 6. Wacław Orłowski: O własnościach przeciwbłoniczych surowicy krwi dzieci. E. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci? W *Przeglądzie chirurgicznym* Tomie II. Zeszycie II. A. Obaliński: W sprawie wyboru metody ope-

racyjnej przy włókniakach macicy. S. Grosglik: Aseptyka w kateteryzowaniu. A. Karczewski: Przyczynek do leczenia posocznicy. J. Jaworski: Przypadek częściowego przerostu sromu. W. Wroński: Przypadek rany drążącej brzucha. P. Klejn: Stentogips jako masa odciskowa w dentystyce.

— **Konkurs.** Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego i drugiego elewa przy klinice chirurgicznej z płacą roczną 500 złr. dla pierwszego a 300 złr. w. a. dla drugiego. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10. Marca 1895.

Redakcya otrzymała:

A. Baurowicz: Scleroma laryngis sub forma sclerosis cartilaginis interarytaenoideae (Odbitka z *Wiener med. Wochenschrift*).

Aleksander Rosner: W sprawie płodności kobiet mających włókniaki macicy. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

Tenże. O powikłaniu ciąży guzami jajnika. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

Tenże: *Icterus gravidarum*. Kraków 1895.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20-go Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) Kol. prof. Bujwid: *Badania nad błonicą, morfologia zarazka, wytwarzanie toksyn i ich własności, wytwarzanie surowicy przeciwbłoniczej* (z demonstracyami); kol. Raczyński: *Rozpoznawanie błonicy kliniczno-bakteryologiczne, różnica w jadowitości zarazka.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 23. Lutego 1895 r. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do operacyjnego leczenia wysokich stopni krótkowidzenia z uwzględnieniem zmian patologicznych dna ocznego.

Skreślił

Dr. Wincenty Fukala,

okulista w Pilźnie (w Czechach).

(Odczyt na międzynarodowym Zjeździe oftalmologów w Edymburgu 9. Sierpnia 1894).

Wiadomo powszechnie, iż ludzie dotknięci wysokim stopniem krótkowidzenia, poczynając od 15 DM., nie są w stanie nosić szkieł korygujących; nieźle jednak znoszą słabe lub średnie szkła wklęsłe. Szkła o 10 D już wywołują zawroty i bóle głowy tak, iż chorzy nie są w stanie dłużej ich nosić. Oprócz tego mocno krótkowidzący widzą nawet przez szkła wszystkie przedmioty niewyraźnie, w skutek czego nie są zdolni prawie do żadnej roboty.

Chorzy, należący do klas zamożniejszych i nie skazani skutkiem tego na zajmowanie się jakiemkolwiek rzemiosłem lub zajęciami szkolnemi radzą sobie w życiu i krótkowidzenie nie staje się dla nich przyczyną tylu nieszczęść, jak dla klas pracujących. Lecz smutnem jest położenie chorego, zmuszonego zajmować się szewstwem, krawieczyzną, murarstwem, pisaniną kancelaryjną, nauczycielstwem i t. p. a mającego kres dali wzrokowej w odległości ośmiu, sześciu, niekiedy nawet czterech centymetrów. Tacy chorzy bardzo szybko ulegają wszystkim cierpieniom, które mocne krótkowidzenie zwykle za sobą pociąga, tracą wzrok, napełniają zakłady dla nieuleczalnych kalek, niewidomych i t. d. lub w braku takich, stają się na całe życie ciężarem dla swych krewnych i gminy. Z tego stanowiska leczenie radykalne wysokich stopni krótkowidzenia jest ważnem zagadnieniem społecznem, tembardziej, iż zdarza się ono dość często.

Wszystkie próby czynione dotychczas celem usunięcia krótkowidzenia pozostały bez skutku, ponieważ nie ma sposobu skrócić podłużną oś gałki ocznej. Dla przykładu wspomnę sposób podany przez Gałęzowskiego a polegający na przypłaszczeniu rogówki.

Z górnej części rogówki wycinał Gałęzowski odcinek półksiężycowy i rzeczywiście osięgał mniej lub więcej znaczne przypłaszczenie rogówki, lecz zawsze połączone z nieprawidłową niezbornością, której żadne szkła nie są w stanie wyrównać tak, iż chorzy nie tylko nie zyskali nic na pomienionej operacyi, lecz przeciwnie nierównie gorzej widzieli. Pomijam tu naturalnie przypadki, w których wypadnięcie tęczówki lub zrosty z brzegami rany wywołały szereg zboczeń następczych a raz nawet jaskrę wtórną. Rozumie się, iż podobne wyniki nie mogły zachęcić ogółu okulistów do stosowania operacyi celem spłaszczenia rogówki.

Jedynym sposobem zmniejszenia nadmiernej siły łamania jaką ma oko krótkowidzące, jest usunięcie soczewki z oka. Nieraz miano sposobność przekonać się, iż mocno krótkowidzący, dotknięci równocześnie zaćmą, po szczęśliwie przebytej operacyi tejże, widzieli tak dobrze, jak nigdy przed wytworzeniem się zaćmy, w skutek czego tacy należą do naszych najwdzięczniejszych pacyentów. Ta zaś okoliczność, że mocno krótkowidzący łatwo mogą obejść się bez soczewki, znaną nam jest dobrze z praktyki: akomodacya bowiem nie ma dla mocnego krótkowidza żadnego znaczenia; bez szkieł nie jest on w stanie widzieć wyraźnie najbliższych przedmiotów, podczas zaś noszenia wyrównywujących szkieł, nie powinien akomodować.

Gruby błąd popełnia lekarz, pozwalając chorym akomodować przez szkła wyrównywające; jest to bowiem najpewniejszy sposób wywołujący wzmaganie się krótkowidzenia oraz wszystkich jego następstw. Jeszcze w roku 1815.

zaproponował Beer usuwanie u krótkowidzów soczewki przeźroczystej, lecz technika operacyjna znajdowała się wówczas jeszcze w tak opłakanych warunkach, iż żaden lekarz nie podjął się operacyi, obawiając się ropienia; środki znieczulające były wtedy również prawie nieznane. W czasach późniejszych próbowali niektórzy lekarze usuwać przeźroczyste soczewki, lecz napotkali na silną opozycyą ze strony Graefego i Dondersa, którzy nie mając pod tym względem żadnego doświadczenia, zarzucili tę operacyę jedynie na podstawie rozumowań teoretycznych. Przed wielu laty jeszcze zakomunikowałem myśl swoją czcigodnemu swemu nauczycielowi prof. Arltowi rozcinania torebki soczewkowej u młodych krótkowidzów; Arlt odpowiedział, iż niemiałby odwagi do tego, gdy Donders tak stanowczo oświadczył się przeciw ekstrakcyi przeźroczystej soczewki. Pomimo to postanowiłem zamiar swój do skutku doprowadzić i w roku 1887. po raz pierwszy wykonałem swoją operacyę, z której publiczne sprawozdanie ogłosiłem w roku 1890. w Graefego *Archiv für Ophkt.* t. 36. cz. II. We dwa lata później Vacher w Orleanie wydobył przeźroczystą soczewkę u krótkowidza wysokiego stopnia, poczem podano w Nogela *Jahresbericht für Ophth.*, iż Vacher wcześniej operacyę tę wykonał aniżeli ja; lecz o tej pomyłce chronologicznej łatwo się przekonać, zestawiwszy *Archiv für Ophth.* Graefego t. 36. cz. II. str. 241. z *Recueil d'Opht. 13. annee* P. 678, w którym Vacher sam podaje: *J'ai fait a l'heure actuelle sept extractions de cristallin transparent, les deux premieres remontent au mois d'avril et mois d'octobre 1887.* 9. Sierpnia 1894. wygłosiłem odczyt o mej operacyi na Zjeździe oftalmologów w Edymburgu, w którym głównie wyłożyć chciałem wskazania i przeciwwskazania do operacyi usunięcia soczewki u krótkowidzów wysokiego stopnia.

Po ogłoszeniu pierwszej mej pracy o dwudziestu siedmiu przypadkach krótkowidzenia leczonego sposobem operacyjnym, zaczęła się zwolna powiększać liczba zwolenników tej metody leczenia. Obecnie już znaczny zastęp najbardziej znanych oftalmologów operacyę tę wykonywa z wyśmienitym skutkiem: prof. Schweigger w Berlinie ogłosił 40 przypadków, prof. Pflüger w Bernie 42, radca Hippel w Halli 35, Mooren w Dusseldorfie 15, prof. Horstman w Berlinie 5, Schroeder w Petersburgu 12, prof. Laqueur w Sztrasburgu 6 i Thier w Akwizgranie 35. Oprócz tego jeszcze wielu innych lekarzy operacyę tę wielokrotnie wykonało, lecz prace ich nie doszły do powszechnej wiadomości.

Leczenie operacyjne może być tylko wtedy z dobrym skutkiem stosowane, jeżeli do wykonania operacyi istnieją pewne wskazania i przeciwwskazania. Rozumie się samo przez się, iż nie wszystkie przypadki krótkowidzenia nadają się do operacyi a zatem należy ustanowić stałe wskazania, aby operowane były właściwe przypadki i aby operacya, która może tyle korzyści przynieść, nie została osławioną.

Wskazania do operacyi są następujące:

1) Przedewszystkiem krótkowidzenie mocniejsze od 13 D; u dzieci operacya może być wykonaną i w przypadkach krótkowidzenia 10 lub nawet 8 D, ponieważ dziecko, posiadające w 6-tym, 8-mym lub 10-tym roku życia 8—10 D, w 20-tym lub 30-tym roku dojdzie z pewnością do 20 D.

2) Ze sposobów operowania pierwszeństwo ma niewątpliwie rozcinanie (*discissio*); jeżeli po rozcięciu powiększy się znacznie ciśnienie śródoczne, należy soczewkę napęczniałą wypuścić z oka. Lecz w zwykłych przypadkach nie należy obawiać się powiększenia ciśnienia śródocznego a szybkie pęcznienie soczewki jest pożądanem. W przypadkach zaś, gdy ciśnienie znacznie się powiększy, należy natychmiast przystąpić do wydobycia (*extractio*).

3) Do operacyi nadają się osoby ze zupełnie zdrową naczyniówką i siatkówką.

4) Najodpowiedniejszym wiekiem do wykonania operacyi jest wiek młody, ponieważ w tym wieku oko znosi najlepiej pęcznienie soczewki, podczas gdy w wieku późniejszym sprawa ta może wywołać ciężkie zboczenia, oprócz tego w młodym wieku nie znajdujemy jeszcze tak znacznych zmian w naczyniówce, jednego z najważniejszych przeciwwskazań do operacyi. Naczynia zaś w wieku młodym wytrzymują dzięki swej sprężystości łatwo większe parcie krwi, w skutek czego nie należy się obawiać wynaczynień pooperacyjnych. Za najstarszy wiek w którym operacyę bez większego niebezpieczeństwa wykonać można, uważać należy 40 rok. Pflüger wykonał jednak operacyę u 48-letniej osoby z najlepszym skutkiem. Z tego możemy tylko wnioskować, iż głównym warunkiem jest nie tyle wiek, ile dobry stan naczyniówki i ścianek naczyniowych.

Należy wystrzegać się usuwania przeźroczystej soczewki w ten sposób, jak to zwykle robimy ze zaćmioną, doświadczenie bowiem uczy, iż tego rodzaju operacya uspasabia do krwotoków śródocznych, oderwania siatkówki i t. p. W ostatnim czasie Vacher w Orleanie znów próbował usuwać przeźroczystą soczewkę. W *Arch.* Graefego XXXVI. T. oświadczyłem się stanowczo przeciw tej operacyi i niżej jeszcze raz szczegółowo wyłuszczę przyczynę, dlaczego operacya ta nie daje się zastosować.

Za przeciwwskazania do operacyjnego leczenia krótkowidzenia uważać należy:

1) Przedewszystkiem powikłania ze strony siatkówki i naczyniówki. Nie mam tu na myśli zaniku naczyniówki dokoła tarczy nerwu wzrokowego lub między tarczą a plamką żółtą t. zw. *conus* czyli *staphyloma posticum*, lecz zmiany wskazujące wprost na cierpienie naczyniówki, zwłaszcza na jej przewlekłe zapalenie w obrębie plamki żółtej również jak i części obwodowych.

2) Sędziwy wiek jest stanowczo przeciwwskazaniem do usunięcia soczewki; po operacyi katarakty dość często zdarza się u starszych krótkowidzów oderwanie siatkówki, krwotoki, podczas gdy ich w oczach miarowych lub nadmiarowych nie spostrzegamy wcale lub tylko w wyjątkowych przypadkach. Dla przykładu pozwolę sobie zrobić wzmiankę o tem, iż niedawno jeden z najbardziej znanych przedstawicieli nauki lekarskiej krótkowidzący został w sędziwym wieku operowany przez również znanego oftalmologa, lecz po zdjęciu zaćmy oślepł zupełnie w skutek krwotoku śródocznego.

Usuwając krótkowidzom soczewkę, zyskujemy podniesienie się bystrości widzenia naośnego, wyraźniejsze widzenie przedmiotów oddalonych bez pomocy szkieł oraz zdolność widzenia obuocznego i przestrzeniowego, którego krótkowidzący zwykle są pozbawieni. Następnie znacznym zyskiem dla chorego jest także ta okoliczność, iż jest on w stanie po operacyi pracować w pewnem oddaleniu i nie jest zmuszony trzymać zawsze głowę pochyloną nad robotą. Donders przywiązuje ogromną wagę do pochylonego trzymania głowy, tłumacząc tem wzmaganie się krótkowidzenia. Oprócz tego

muszę zwrócić uwagę lekarzy na to, iż usunięcie soczewki jest jedynym pewnym środkiem, mogącym zapobiedz postępom krótkowidzenia. Szczegółowej pomówię o tem w zakończeniu niniejszej pracy.

Co się tyczy zwiększenia bystrości widzenia naośnego po usunięciu soczewki, to przez to nie należy rozumieć, że się wrażliwość siatkówki zwiększa, operacya bowiem nie jest w stanie usunąć zmian patologiczno-anatomicznych powstałych w siatkówce w skutek wydłużenia się przednio-tylnego wymiaru gałki ocznej; przez operacyę możemy tylko stworzyć wygodniejsze warunki zbierania się promieni światła na siatkówce.

Wszyscy okuliści, którzy tę operacyę wielokrotnie wykonali, mieli sposobność przekonania się, iż bystrość widzenia naośnego po operacyi jest znacznie większą aniżeli przed operacyą. Mogę wymienić nazwiska Schweiggera (40), Pflügera (40), Maerena (15), Horstmana (6), Wicherkiewicza (10), Lindnera (10) Hippela (8) i t. d. Oprócz tego operacyą wykonało wielu innych, którzy swych prac nie ogłosili. Na klinice prof. Fuchsa w Wiedniu operacya została wiele razy wykonana, liczba zaś operowanych jest niewiadomą. Nasuwa się zatem pytanie, dlaczego podnosi się bystrość widzenia u krótkowidzów po usunięciu soczewki. Zanim odpowiem na to pytanie, muszę wytłómaczyć, dlaczego krótkowidzący, zaczynając od 15 D, nie są w stanie nosić szkieł wyrównywających.

Gdybyśmy byli w stanie wysokie stopnie krótkowidzenia zapomocą szkieł w ten sposób wyrównywać, ażeby środek optyczny szkła wklęsłego jednoczył się ze środkiem optycznym soczewki oka, mogliby krótkowidzący z łatwością swe szkła nosić; lecz to jest rzecz niemożliwa, środek szkła znajduje się w odległości najmniej 15--20 mm. od środka soczewki oka i to jest przyczyną niemożliwości dokładnej korekcyi. Przez to iż krótkowidz nosi szkła w odległości 15—20 mm. powstaje kombinowany układ optyczny, którego ognisko oddalone jest znacznie od siatkówki, wskutek czego wszystkie przedmioty wydają się mniejszemi i bardziej oddalonemi. Na tę okoliczność, jako główną przyczynę, uniemożliwiającą krótkowidzom noszenie silnych szkieł, nie zwrócił naszej uwagi ani Donders, ani żaden inny badacz. Człowiek z oczyma miarowemi łatwo może sobie wyobrazić stósunek silnych szkieł wklęsłych do oka krótkowidzącego, oraz wejrzenie przedmiotów przy tej kombinacyi, patrząc przez zwyczajną lornetę teatralną, lecz trzymając ją przed oczami szerszym końcem, w którym umieszczone są soczewki wypukłe. W ten sposób powstaje właśnie ów niepraktyczny układ optyczny, jak przy korekcyi oka krótkowidzącego; znaczne oddalenie i zmniejszone kształty przedmiotów zależa jedynie od odsunięcia ogniska.

Wszystkie te niedogodne stósunki dla przecinania się promieni na siatkówce oka krótkowidzącego zostają przez operacyę całkowicie usunięte. Obrazy tworzące się na siatkówce powiększają się znacznie, a oprócz tego zyskują wiele na jasności. Chory zdolen jest widzieć dobrze zdaleka bez pomocy szkieł, lub przy pomocy bardzo słabego szkła wklęsłego lub wypukłego, zależnie od stopnia krótkowidzenia, zbliska zaś widzą chorzy nierównie lepiej i wyraźniej aniżeli przed operacyą, nie mając przy tem potrzeby pochylać głowy nad robotą. Tak naprzykład operowałem jednego 20-letniego stolarza, posiadającego 20 D. M., a zmuszonego przez to porzucić swój zawód. Po operacyi pozostały choremu jeszcze 2 D. M., tak, iż mógł swobodnie pracować w odległości 50 ctm. Powrócił on do swego zawodu, który mu zapewnia dobre utrzymanie. Thier ogłosił przypadek, dotyczący studenta teologii, posiadającego 16 D. M. Młody ten człowiek nosił się z zamiarem porzucenia wszelkich zajęć naukowych. Po operacyi zaś posiadał chory całkowitą bystrość wzroku i mógł długi czas pracować bez zmęczenia. Uważam za zbyteczne przytaczać wszystkie przypadki krótkowidzenia leczone zapomocą operacyi, gdyż wyniki we wszystkich podobne są do wyników w dwóch przytoczonych przypadkach.

O przywróceniu widzenia obuocznego oraz przestrzeniowego, zarówno jak i o wskazaniach do operacyi usunięcia soczewki napiszę szczegółowo innym razem.

II. Wyniki leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami salicylanu i tymoloctanu rtęciowego.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób skórnych i wenerycznych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Stósując od dziesięciu lat w kile głębokie wstrzykiwania mięśniowe nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, wypróbowałem w ciągu tego czasu kilkanaście związków rtęciowych, w tej zaś liczbie, obok dawniejszych przetworów (kalomel, żółty tlenek rtęciowy), posługiwałem się w ostatnich czasach i nowymi, mianowicie zaś stosowałem podskórnie: karbolan, salicylan, tymoloctan i będźwinian rtęciowy.

Z pośród wymienionych środków rtęciowych, które mojem zdaniem działają w kile prawie jednakowo, najdogodniejszymi dla stósowania podskórnego okazały się: salicylan i tymoloctan rtęciowy (*hydrargyrum salicylicum, thymoloaceticum*).

Wobec więc tego uważam za właściwe podać Szanownym Kolegom krótkie sprawozdanie o wynikach, jakie otrzymałem, stósując w kile wymienione dwa przetwory rtęciowe, godne zająć według mego mniemania najpoczesniejsze miejsce w rzędzie związków rtęciowych, używanych dla zwalczenia kiły.

Mając na względzie możliwość wystąpienia ostrego i groźnego zatrucia ustroju wskutek wprowadzania pod skórę wielkich dawek rtęci, posługiwałem się zwykle $7\frac{1}{2}$—8% zawiesiną wodną salicylanu i tymoloctanu rtęciowego z przymieszką gumy arabskiej, według następnego przepisu:

Hydr. salicylici s. thymolacetici	1·50
Mucilag. gummi arabici	0.50
Aquae destillatae	20·00

Wstrzykiwania robiłem co 3—4 dni, każdym razem wprowadzałem pod skórę treść całej zwykłej strzykawki Lewina (0·075 leku). Liczba wstrzykiwań zależała od postaci i okresu choroby i właściwości indywidualnych osób kiłowych, poddanych leczeniu; dla usunięcia łagodnych postaci dsugorzędnej kiły wystarczało zwykle od 6—10 wstrzyknięć; poważniejsze zaś i uporczywsze postacie kiły wymagały 10—16 wstrzykiwań; miejscowe zaś nawroty drugorzędnego okresu najczęściej znikały już po 46 injekcyach.

Wstrzykiwania robiłem głęboko, wprowadzając igiełkę strzykawki w mięśnie pośladkowe, poczem mięsiłem zlekka okolicę nakłucia, co mojem zdaniem ułatwia szybszą resorbcyę wstrzykniętego płynu oraz zapobiega wytworzeniu się długotrwałych i dokuczliwych nacieków i obrzęków w okolicy wstrzyknięcia.

Wstrzykiwania głębokie salicylanu i tymoloctanu rtęciowego stosowałem w 168 przypadkach drugorzędnej i późnej kiły. Z chorych było 159 mężczyzn, kobiet zaś tylko 9; u dzieci nie używałem wymienionej metody leczenia. Wstrzykiwań dokonanych u 168 osób kiłowych było 1516.

Najlepsze wyniki lecznicze otrzymywałem w przypadkach świeżej drugorzędnej kiły i w postaciach nawrotowych, łagodnych; objawy chorobowe zawsze ustępowały szybko, osutka plamista (*roseola*) znikała już po 2—3 zastrzyknięciach, inne postacie kiły skórnej nieco dłużej opierały się leczeniu; szybko też znikały nieowrzodziałe kłykciny sączące, powierzchowne zaś owrzodzenia i nadżerki z rozpadłych kłykcin powstałe zabliźniały się już po kilku injekcyach. W niektórych przypadkach uporczywe postacie późnej kiły, leczone poprzednio bezskutecznie wcieraniami maści rtęciowej, raźnie ustępowały pod wpływem działania salicylanu lub tymoloctanu rtęciowego.

Wymieniony sposób leczenia zastosowałem też u 2-ch ciężarnych kobiet dotkniętych świeżą kiłą, i otrzymałem pomyślne wyniki bez żadnych szkodliwych następstw dla matki lub dziecka; w obu przypadkach dzieci przyszły na świat donoszone i pozornie zdrowe, lecz po kilku tygodniach zapadły na wybitne objawy kiły.

Wypada tu dorzucić kilka słów co do miejscowego odczynu, który jest nieodłącznym towarzyszem podskórnej metody leczenia kiły: bóle w okolicy wstrzyknięć rzadko bywają dotkliwe przy podskórnem stosowaniu salicylanu lub tymolactanu rtęciowego; wstrzykiwania natomiast kalomelu i będźwinianu rtęciowego zwykle są boleśniejsze, jak o tem kilkakrotnie miałem sposobność przekonać się. Co się tyczy występowania obrzęków i nacieków zapalnych w okolicach nakłuć, spostrzegałem je bardzo rzadko; obrzęk powstający niekiedy nigdy długo nie trwał i mało dokuczał choremu; ani razu zaś nie powstał ropień w okolicy wstrzyknięcia. Z innych niekorzystnych, ubocznych skutków i następstw głębokich wstrzykiwań salicylanu i tymoloctanu rtęciowego napomknę tu o zajęciu rtęciowem jamy ustnej, względnie ślinotoku, który występuje niekiedy już po kilku injekcyach, w przeważnej jednak liczbie przypadków objawy wymienione wcale nie są wybitne i rychło ustępują po zastosowaniu odpowiednich środków. W 2-ch przypadkach po wstrzyknięciu $7^1/_2\%$ zawiesiny salicylanu rtęciowego wystąpiła na tułowiu osutka rumieniowa z gorączką, znikła jednak bez śladu na drugi dzień. W jednym zaś przypadku w kilka godzin po wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego też w ilości 0·75 chory dostał mocnego napadu duszności, oraz suchego kaszlu; badanie wykazało w płucach ściśle odgraniczony naciek pod lewą łopatką (osłabiony szmer oddechowy i stępiony odgłos przy opukiwaniu w wymienionej okolicy), opisane jednak objawy po upływie kilku godzin zaczęły ustępować i na drugi dzień chory już najzupełniej czuł się dobrze, ze strony zaś płuc nic już chorobliwego nie dostrzeżono; przerwane chwilowo leczenie podskórne stosowano dalej, poczem już nie było żadnych szkodliwych następstw.

Przytoczone wyżej wyniki, otrzymane przeze mnie w ciągu kilku lat upoważniają mnie do zaprzeczenia zdaniu niektórych syfilidologów (Hebra syn [1]), Lassar [2]), Simon y Nieta [3]), Rietema [4]), Kaposi [5]), Funk [6]) i inni), o szkodliwości i nawet niebezpiecznych skutkach głębokich wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych; rozpatrując zaś bliżej niefortunne przypadki Smirnowa [7]), Krausa [8]), Hallopeau [9]), Runeberga [10]) i Łukasiewicza [11]), w których po stosowaniu podskórnem zawiesiny kalomelowej oleju rtęciowego szarego i żółtego tlennika rtęci wystąpiło ostre zatrucie rtęcią i następnie śmierć chorego, wypada przyjść do przekonania, iż przyczyna groźnych objawów zatrucia nie tkwiła w samej metodzie leczenia lub w własnościach leku, lecz zależała od zewnętrznych okoliczności; niektóre przypadki łatwo się dają wytłomaczyć wprowadzeniem do ustroju zanadto wielkiej ilości rtęci, inne zaś obecnością w ważnych organach ustroju (nerkach, płucach) poważniejszych zwyrodnień przewlekłych. Za przykład służyć mogą przypadki Smirnowa, które zakończyły się śmiercią: w jednym z nich wstrzykiwania kalomelu zastosowano u 20-letniej dziewczyny, dotkniętej gruźlicą płuc w okresie rozpadu; drugi przypadek tyczył się starca, cierpiącego na uporczywy nieżyt jelit przewlekły; w trzecim przypadku stosował Smirnow injekcye kalomelu u niedokrewnej i wycieńczonej kobiety, w czwartym zaś przypadku leczeniu poddano osobę ze złośliwą postępującą niedokrewnością (*anaemia progressiva*). W przypadku Runeberga podskórne wstrzykiwania kalomelu stosowano u kobiety także chorej na złośliwą niedokrewność; następstwem wymienionego leczenia było ostre zatrucie ustroju rtęcią z zejściem śmiertelnem. W przypadkach Łukasiewicza, Hallopeau dawki kalomelu były wysokie, nadto zaś chora Łukasiewicza, jak to wykazała obdukcya, dotknięta była przewlekłem zapaleniem nerek; w przypadku Hallopeau, który szczęściem nie zakończył się śmiertelnie, wstrzyknięto choremu w ciągu pięciu tygodni 1,82 oleju szarego t. j. ilość równającą się mniejwięcej 182 injekcyom 1% roztworu sublimatu (!!!). Nadmienić tu nadto wypada, iż we wszystkich przypadkach śmiertelnego zatrucia rtęciowego wskutek wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci stosowano kalomel lub olej szary; do dziśdnia zaś nie wiemy o żadnym przypadku zatrucia, któreby nastąpiło wskutek głębokich wstrzykiwań salicylanu lub tymoloctanu rtęciowego, jakkolwiek wymienionych przetworów obecnie najwięcej się używa do leczenia kiły w klinikach i szpitalach środkowej Europy.

Zestawiając swoje wyniki i porównywając je z otrzymanymi przez wielu autorów, którzy stosowali podskórne leczenie kiły salicylanem i tymoloctanem rtęciowym, ośmielam się oświadczyć, iż wymieniony sposób leczenia należy

---

[1]) Internat. klin. Rundschau. Wien. 1889. 41. str. 1675—1677; 42. str. 1716—1719.

[2]) Deutsche medicin. Wochenschrift 1889. 6.

[3]) Gaceta medica Catalana. 1891. 6; Journ. des mal. cut. 1891. str. 571.

[4]) Therap. Mtshefte. 1892. Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1893. str. 12.

[5]) Pathol. und Ther. der Syphilis. Stuttgart. 1891 str. 467 i 469.

[6]) Kronika lekarska. 1887. 2.

[7]) Développement de la methode de Scarenzio. Helsingfors. 1886. str. 72—78. 92—96.

[8]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1888. 12.

[9]) Bulletin médical. 1888. 67.

[10]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1889. 1.

[11]) Wiener klin. Wochenschrift. 1889. 29. 30.

do rzędu najdogodniejszych i najskuteczniejszych w kile (porównaj prace: Cehaka[12]), Boscha[13]), Maksa Bendera[14]), Klotza[15]), Golda[16]), Horowitza[17]), Löwenthala[18]), Lindeborna[19]), Leziusa[20]), Mignecа[21]), Eicha[22]), Barragan y Boneta[23]), Neumanna[24]), Oro Mario[25]), Ullmanna[26]), Levyego[27]), Lindena[28]).

Na zakończenie niech mi będzie wolno wypowiedzieć swe zdanie, tyczące się wartości leczniczej głębokich wstrzykiwań nierozpuszczalnych związków rtęci w ogólności; opierając się na długoletniem doświadczeniu przyszedłem mianowicie do przeświadczenia, iż wymieniona metoda leczenia kiły przewyższa pod każdym względem stosowanie podskórne rozpuszczalnych związków rtęciowych, a to z następnych powodów: 1) stosując podskórne wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęciowych, wprowadzamy każdym razem do ustroju większe dawki leku, a więc injekcye powtarzają się dość rzadko, ztąd wynika dogodność dla chorych i lekarza; 2) nierozpuszczalne przetwory rtęciowe resorbują się bardzo powoli, rtęć tedy pozostaje dłużej w ustroju i wskutek tego może wywierać większy skutek leczniczy na kiłę. Przeciwko zarzutom, jakimi niektórzy autorowie obarczają metodę leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami nierozpuszczalnych związków rtęciowych wypada wyliczyć, iż bole i nacieki, na które przeważnie wyrzekają przeciwnicy głębokich wstrzykiwań, spostrzegają się też i przy injekcyach podskórnych; zarówno zaś rozpuszczalne i nierozpuszczalne sole rtęciowe wywołują bóle i nacieki w okolicy zastrzyknięć. W celu zapobieżenia miejscowym objawom podrażnienia należy zachować ostrożność w stosowaniu wstrzykiwań, która wymaga nietylko pewnej wprawy, lecz polega też na stosownym wyborze przypadków i należytem odmienianiu dawki. Ropnie w praktyce wprawnego i doświadczonego syfilidologa wyjątkowo są rzadkie, ostrego zaś zatrucia rtęciowego łatwo zdołamy uniknąć, jeżeli będziemy uwzględniać należycie przeciwskazania i wskazania podskórnej metody leczenia kiły rtęcią, oraz jeśli będziemy stosować umiarkowane dawki leku.

III.

W sprawie surowicy swoistej przeciw błonicy.

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie w łamach *Przeglądu lekarskiego*, co następuje:

W *Przeglądzie lekarskim* z r. b. w Nrze 3. na str. 46 czytam: „Ze zbadania surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez Rouxa w Paryżu, pokazało się, iż działa ona mocno przeciwgnilnie i jest 200 razy mocniejszą od tak zwanej surowicy prawidłowej czyli normalnej“, t. j. 1 cm.^{3} tej surowicy zawiera **200** jednostek immunizacyjnych; w *Gazecie Lekarskiej* zaś z r. b. w Nrze 4. w artykule W. Janowskiego p. t. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa oraz surowicy Rouxa czytamy, że surowica Rouxa zawiera w 1 cm.^{3} około **60** jedności immunizacyjnych.

Wobec tego, iż pierwszą paczkę surowicy Rouxa już do Krakowa wysłano i że od kilku dni instytut Pasteura dostarcza tej surowicy zagranicy na każde żądanie, uważam sobie za obowiązek wyświetlić rzeczywisty stan rzeczy, tembardziej że powyżej przytoczone liczby jednostek immunizacyjnych, jakie surowica francuzka wrzekomo ma posiadać, mogą wprowadzić w błąd lekarza, stosującego surowicę przeciwbłoniczą przy łóżku chorego.

Nie wchodząc na tem miejscu w przyczyny, dla których nieznany mi autor określił surowicę francuzką, jako 200 J. I. (jednostek immunizacyjnych) w 1cm^3, Janowski zaś jako zawierającą tylko 60 J. I., ograniczam się do oświadczenia, iż liczby te nie odpowiadają rzeczywistości, t. j. nie mogą być zastosowane do surowicy francuzkiej, jaką od pewnego czasu instytut Pasteura do użytku lekarskiego jedynie oddaje oraz w ciągu najbliższych miesięcy jedynie oddawać będzie.

Otóż surowica francuzka zawiera nie 200 i nie 60, ale **135** J. I. Liczba ta została stwierdzoną w instytucie Pasteura przez Rekowskiego, który na prośbę Rouxa badał siłę immunizacyjną surowicy francuzkiej wobec działania oryginalnej toksyny niemieckiej z Hochst (t. z. *Testgift*), której fabryka nikomu wogóle nie udziela i którą otrzymał Rekowski tylko dzięki zupełnie wyjątkowym swym stosunkom. Tę samą liczbę **135** J. I. znaleziono w 1cm.^{3} surowicy francuzkiej, którą badano w Höchst; dowiedziałem się o tem osobiście od dyrektorów fabryki w Hochst, prof. Laubenheimera i Dra Liebbertza, którzy przed kilku dniami bawili w Paryżu. Według słów tych panów, przekonał się Ehrlich w Berlinie, że 1 cm.^{3} surowicy francuzkiej zawiera **133** J. I.

Surowica francuzka stoi więc pod względem siły immunizacyjnej pomiędzy Nrem II (100 J. I. w 1 cm.^{3}) i Nr. III. (150 J. I. w 1 cm.^{3}) surowicy Behringa.

Wobec tego dawka 10 cm.^{3} surowicy francuzkiej zawiera przeszło 2 razy więcej jednostek immunizacyjnych (1350 J. I.), aniżeli potrzeba według Behringa do wyleczenia dziecka w przypadkach błonicy średniego stopnia (600 J. I.).

Z doświadczenia kliników francuzkich wypływa, że wyniki leczenia za pomocą surowicy przeciwbłoniczej we Francyi są wogóle lepsze od wyników, otrzymanych przy stosowaniu surowicy Behringa tylko dzięki tej okoliczności, że we Francyi stosowano i stosują znaczniejsze dawki surowicy a względnie działającego w niej pierwiastka, aniżeli w Niemczech, gdzie publiczność a nawet i wielu lekarzy, jak o tem dowiedziałem się od jednego z dyrektorów fabryki w Höchst, uważa surowicę przeciwbłoniczą za rodzaj trucizny, której Nr. III musi więc być nadzwyczaj niebezpiecznym i gdzie dlatego tylko 2 słabsze numery w powszechnem są użyciu.

Tymczasem obserwacya kliniczna Francuzów wykazała, że w przypadkach błonicy średniego stopnia do wyleczenia

---

[12]) Wiener medicin. Wochenschrift. 1890 7. 8. 9. 10. 11.
[13]) Die Behandlung der Syphilis mit intramuskul. Injekt. von Thymolquecksilber. Inaug. diss Tübingen 1890.
[14]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1890. X. str. 491—501.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1890. 2. 3. 4.
[16]) Posiedz. Towarz. lekarzy Odeskich. 1890. str. 108—136.
[17]) Centralbl. f. ges. Therapie. 1890. 4. str. 193—206.
[18]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1890. 45. str. 544.
[19]) Therap. Monatshefte. 1890. 4. str. 519.
[20]) St. Petersb. medic Wochenschrift 1891. 4. str. 31—33.
[21]) Riforma medica. 1891. 115. str 469—471.
[22]) Therap. Monatshefte. 1891. 8. str. 422—429.
[23]) Revista de medicina y cirurgia practica. Madrid. 1891. XXVIII. str. 129—132.
[24]) Allgem. Wiener medic. Zeitung 1891. 28.
[25]) Gazetta delle Cliniche. 1892. 14. 15
[26]) Wiener klin. Wochenschrift. 1892 6—17.
[27]) Therap. Monatshefte. 1882 str. 510.
[28]) Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1894. XXVII. 2. str. 191—212.

dziecka 600 J. I. nie wystarcza. Według Rouxa należy w każdym przypadku użyć, co najmniej 1200 J. I. Że tak jest w istocie, dowodzi ta okoliczność, że w niedalekiej przyszłości Nr. I surowicy Behringa zostanie wogóle wycofany z handlu, gdyż dyrektorowie fabryki w Höchst przekonali się, iż numer ten jest za słabym a często zawodząc wzbudza wśród lekarzy brak zaufania do środka, który zastosowany w odpowiedniej dawce działa najczęściej bardzo zbawiennie.

Ciekawą jest historya owych słabych numerów Behringowskiej surowicy. Wiadomą jest rzeczą, iż siła antytoksyczna krwi zależy wprost od stopnia odporności zwierzęcia, które danej krwi czy surowicy dostarcza. Otóż ażeby otrzymać surowicę o bardzo wybitnej sile antytoksycznej, trzeba brać krew zwierząt, znoszących bez odczynu gorączkowego ogromne ilości nadzwyczaj silnego jadu. Takie uodpornienie zwierzęcia trwa bardzo długo: n. p. konie w Höchst, dostarczające surowicy o 150 J. I. w 1 cm.^{3}, były immunizowane w ciągu $1^1/_2$ roku. Ponieważ popyt na surowicę przeciwbłoniczą był bardzo wielki w czasach, gdy większość koni niemieckich była zaimmunizowana w znacznie słabszym stopniu, po części ze względów handlowych, po części zaś nie chcąc odmawiać surowicy wogóle działającej tym, którzy prawdziwie jej potrzebowali, fabryka w Höchst ekspedyowała taką surowicę, jaką w danej chwili posiadała, a to w tem przeświadczeniu, że stosunkowo słabe jej działanie może zostać zrównoważonem zastosowaniem dawek odpowiednio zwiększonych.

Obecnie nie ulega już wątpliwości, że Nr. I surowicy Behringa nie ma wogóle racyi bytu; posługując się surowicą Behringa należy więc stosować jedynie jej Nr. II i Nr. III.

Surowica francuzka bywa obecnie wysyłaną we flaszeczkach, zawierających po 10 i po 20 cm.^{3} W opakowaniu każdej flaszeczki znajduje się szczegółowo podany opis sposobu użycia surowicy.

Główną zaletą surowicy francuzkiej jest jej stosunkowo znaczna siła immunizacyjna. Jest ona przytem o wiele tańsza, niż surowica niemiecka: 100 J. I. sprzedaje fabryka w Höchst za 1 markę (= 62 cnt.), Instytut zaś Pasteura sprzedaje te samą ilość J. I. za 22 centymy (= 11 cnt.; surowica francuzka jest więc około $5^1/_2$ raza tańszą od surowicy niemieckiej.

Mam nadzieję, że próby, jakie w szpitalu św. Ludwika w Krakowie z surowicą francuzką wykonane zostaną, wypadną na jej korzyść i przyczynią się do wyświetlenia prawdziwej jej wartości. *Dr. Karol Klecki.*

Paryż, instytut Pasteura 13. Lutego 1895.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologia.

Z. Dmochowski i W. Janowski: **O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności.**

Sprawy ropne, występujące w przebiegu tyfusu, oddawna były przedmiotem uwagi kliników, lecz dopiero od czasu odkrycia lasecznika tyfusowego (1880) badania dotyczące etyologii tych spraw na właściwe weszły tory. W ciągu ostatnich lat ogłoszono wiele badań bakteryologicznych w tym względzie; wyrażone w nich zapatrywania podzielić można na dwie przeciwne sobie grupy. Według pierwszej z nich tworzenie się ropni w tyfusie jest następstwem zakażenia wtórnego przez zwykłe pasorzyty ropotwórcze, według zaś poglądów drugiej grupy przyczynę spraw ropnych stanowi sam lasecznik tyfusowy. Ażeby rozstrzygnąć tę sprzeczność, podjęli autorzy w pracowni prof. Brodowskiego w Warszawie pracę doświadczalną, w której wykonali 325 doświadczeń na psach, królikach i morskich świnkach. Powstała ztąd monografia o 180 stronach druku zawiera wiele ciekawych i cennych danych zarówno odnośnie do własności chorobotwórczych lasecznika tyfusowego, jak i patogenezy ropienia w ogólności.

Część pierwsza, zajmująca prawie połowę książki, zawiera streszczenie literatury, zebranej z nadzwyczajną dokładnością. W drugiej części zastanawiają się autorzy nad otrzymanymi wynikami i wartością teraźniejszych na tę sprawę poglądów, wreszcie kreślą plan własnych doświadczeń, ich technikę oraz sposoby kontroli. Te ostatnie, jak to łatwo zrozumieć z natury przedmiotu, grają tu ważną rolę i od ich ścisłości zależy wartość otrzymanych wyników; dotyczy to szczególnie sprawdzania czystości hodowli laseczników tyfusowych otrzymanych z tkanek i odróżnienia ich od tak podobnych do nich i tak często zanieczyszczających te hodowle bakteryj *coli commune*, tembardziej, że laseczników, wejrzeniem bardzo podobnych do *bacillus typhi abd.*, istnieje bardzo dużo, Maurea naprzykład wylicza takich gatunków aż 88. W trzeciej części przedstawiają autorzy swoje doświadczenia na zwierzętach, bardzo liczne i urozmaicone. Szczepili oni zwierzętom w najrozmaitsze miejsca ustroju w stosunkach normalnych i chorobowo sztucznie zmienionych żywe hodowle laseczników tyfusowych, zarówno jak i wyjałowione ich wytwory. Miejscem doświadczeń były: tkanka podskórna, otrzewna, opłucna, opony mózgowe, stawy, jądra i szpik kostny. W tkance podskórnej psów zupełnie zdrowej laseczniki tyfusowe ropienia nie wywołują, lecz mogą je wywołać w okolicznościach patologicznych, czy to w skutek zmian ogólnych (niedokrewność w następstwie upustów krwi), czy też zaburzeń miejscowych (przekrwienie zastoinowe, uraz, zapalenie wskutek podrażnienia chemicznego, przemiany bliznowate). W związku z tem zostaje sprawa przechodzenia laseczników do *locus minoris resistentiae*. Pod tym względem przyszli autorzy do przekonania, iż *bacillus typhi* może przedostawać się do jakiegoś miejscowego ogniska zapalnego z innych miejsc ustroju, jak naprzykład do nacieku zapalnego pod skórą, powstałego po wstrzyknięciu oleju krotonowego, przechodzą laseczniki wstrzyknięte do jamy otrzewny i działaniem swem przemieniają naciek ten w ropę, z której wyhodować można czyste hodowle *bacilli typhi abd.* Podobne wyniki były po wstrzyknięciu laseczników nie do jamy surowiczej, lecz do tkanki podskórnej w innem miejscu.

Przy tej okoliczności przywodzą autorzy jeden ważny szczegół, na który już dawno zwracano uwagę (Dubler, Grawitz, Kryński i inni), iż należy być ostrożnym we wnioskowaniu o obecności drobnoustrojów w tych przypadkach ropienia, gdzie ich nie można było wykryć w ropie, gdyż bardzo często wówczas, badając ścianę ropnia, można w tkance znaleść nawet znaczną ilość tych pasorzytów. Okoliczność tę stwierdzili autorzy kilkakrotnie i w tych doświadczeniach.

Nieco odmienne wyniki otrzymali oni w doświadczeniach na królikach i świnkach morskich, o tyle, że laseczniki tyfusowe wywoływały samodzielnie ropienie nawet w zdrowej tkance podskórnej tych zwierząt.

Zupełnie analogiczne działanie okazują wyjałowione hodowle laseczników, zawierające znaczne ilości martwych tych pasorzytów, lub też jałowa bełtanka zawierająca także zabite laseczniki, oddzielone od ich wytworów. Ztąd wysnuwają autorzy wniosek, iż czynnikiem, działającym ropotwórczo w żywych hodowlach laseczników tyfusowych, są ciała chemiczne, zawarte w samych ciałach drob-

noustrojów czyli proteiny. Ostatecznie na podstawie wszystkich tych doświadczeń konkludują autorzy, że nie ma takiej tkanki u zwierząt, w której by laseczniki tyfusowy nie był w stanie wywołać w odpowiednich stosunkach ropienia.

Ciekawe są badania autorów w sprawie zakażenia mięszanego *(Mischinfection)* w tyfusie. Trudną jest rzeczą w tych przypadkach, gdzie w ropniach powstałych w przebiegu tyfusu wykrywamy obecność dwóch postaci pasorzytniczych, laseczników tyfusowych i koków ropotwórczych, rozstrzygnąć, której z tych postaci przypisać należy rolę etyologiczną w tej sprawie, a która stanowi tylko następstwo zakażenia wtórorzędnego (deuteropatycznego). A nawet i w tych przypadkach, w których znajdujemy tylko jedne z tych postaci, nie można być pewnym, czy ona jest sprawcą ropienia, gdyż być może inne drobnoustroje wywołały ropienie i potem wymarły, te zaś, które wykrywamy w ropie, osiedliły się w ropniu następowo, lub wreszcie osiedliwszy się jednocześnie, jako wytrzymalsze przeżyły swych towarzyszów.

Na podstawie nader konsekwentnie przeprowadzonych doświadczeń, przychodzą autorzy do przekonania, iż: 1° tylko o tych przypadkach, w których wykrywamy w ropie laseczniki tyfusowe w czystej hodowli, możemy powiedzieć, że wywołane one zostały napewno przez te właśnie pasorzyty; 2° w tych zaś przypadkach, gdzie badanie ropnia wykazuje obecność obydwóch postaci, t. j. lasecznika tyfusowego i koków ropotwórczych, patogeneza ropienia może być trojaka: *a)* ropienie stanowi następstwo współdziałania obu pasorzytów t. j. poliinfekcyi, *b)* ropienie jest wynikiem działania ropotwórczego samego *bacillus typhi abd.*, obecność zaś koków jest wtórorzędną *(infectio deuteropathica)*, wreszcie *c)* ropień, w którym badanie wykrywa obok laseczników tyfusowych koki ropotwórcze, jest przez pierwsze zakażony deuteropatycznie.

W końcu musimy zwrócić uwagę z uznaniem i na zewnętrzną postać, t. j. druk i papier tej monografii, będącej odbitką z *Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego*, który pod obecną redakcyą coraz pomyślniej się rozwija i wobec niskiej swej ceny na szersze zasługuje rozpowszechnienie. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* T. XC. r. 1894).

Dr. Kryński.

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

3) Doc. L. W. Fagerlund (z Helsingforsu): Otrucia w Finlandyi w latach 1880—1893.

Autor poprzedza starannie zebraną kazuistykę otruć, które się wydarzyły w Finlandyi w ostatnich 13 latach, wstępem, obejmującym przepisy i rozporządzenia rządowe, odnoszące się do sprzedaży i wydawania trucizn w Finlandyi. Mimo tych przepisów okazuje się zebrana kazuistyka bogata zarówno w liczbę przypadków otrucia, jako też i w rozmaitość użytych środków. Z kolei roztrząsa autor przypadki otruć różnymi środkami. Z kwasów żrących najczęściej użytym był kwas siarkowy, rzadziej azotowy, najrzadziej solny. Przypadki te obejmowały tak morderstwa, jak również samobójstwa i nieszczęśliwe przypadki z nieostrożności. Kwasu karbolowego użyto w 7 przypadkach, w których zawsze stwierdzano przy sekcyi zmiany w narządach oddechowych. Zajmującym jest przypadek samobójstwa przez otrucie lizolem. Przy sekcyi stwierdzono brązowe zabarwienie warg, języka i błony śluzowej gardziela. (Na zabarwienie to zwrócił uwagę na ostatnim zjeździe lekarzy niemieckich w Wiedniu Haberda przy sposobności opisu przypadku otrucia dziecka lizolem). Żołądek okazywał szare zabarwienie błony śluzowej, mnóstwo wynaczynionek, treść zaś jego wydawała wybitną woń lizolu. W drogach oddechowych ostry nieżyt. Mocz koloru niebiesko-czarnego, w nim podobnie i w treści żołądka dał się chemicznie wykazać lizol.

Z 9 przypadków otrucia arszenikiem przypadło 4 na morderstwa. W ośmiu zaś z nich użytą była zieleń szweinfurcka (arsenin i octan miedzi), która stanowi w Finlandyi pospolity środek, używany do tępienia karaluchów *(blatta orientalis)*. Sublimatu użyto w 3 przyp. morderstwa i w 3 przyp. samobójstwa. Zmiany przy sekcyi były swoiste. Rzadki przypadek otrucia dziecka zapomocą ałunu nie przedstawiał żadnych wybitnych zmian anatomicznych, badanie jednak chemiczne wykryło w treści znaczne ilości ałunu. Przypadki częstych otruć fosforem, nie tak częstych zapomocą sinku potasowego, wreszcie przypadki otrucia tlenkiem węgla, chromanem potasu nie przedstawiają jako dość częste większego zajęcia. Przypadek otrucia dziecka lekiem, sporządzonym przez matkę z jagód wilczego łyka *(daphne mezereum)* i nafty odpowiadał przez swój obraz anatomiczny otruciu naftą. Z przypadków otruć środkami odurzającemi należy przytoczyć przypadek morderstwa, popełnionego na 8-letnim chłopcu przez rozmyślne upojenie go wódką i balsamem ryskim (mocny napój wyskokowy), w którym przy sekcyi wykryto znamiona ostrego zatrucia wyskokiem, przypadek otrucia się octem drzewnym i przypadek otrucia wodnikiem chloralu, w którym obok znacznego obrzęku mózgu i płuc, znaleziono żywe nastrzyknięcie błony śluzowej żołądka, w moczu zaś wykazano kwas urochloralowy.

Z alkaloidów najczęściej użytą była strychnina, potem morfina i makowiec; w jednym przypadku użyto kokainy, którą potem wykryto chemicznie w treści żołądkowej. W przypadku tym uderzało rychłe wystąpienie i wielki stopień stężenia pośmiertnego, mięśnie, zwłaszcza kończyn dolnych, były twarde, jakby z drzewa. Wreszcie zaszedł jeden przypadek otrucia olejkiem św. Jakóba, używanym w Ameryce jako lekarstwo *(St. James oil)* a zawierającym wyciąg wyskokowy z korzeni tojadu *(aconitum)*. Śmierć nastąpiła w $1^1/_2$ godziny od pożycia trucizny wśród objawów zapadu, wymiotów, siności, przy zupełnem utrzymaniu przytomności.

4) Friedländer (z Wiednia). O wpływie narkozy chloroformowej na czynności nerek.

Autor podjął badania nad wpływem narkozy chloroformowej na czynność nerek, badania te wykazały, że po narkozie chloroformowej występuje białkomocz, przyczem wydzielające się białko pochodzi tak z białka krążącego (z krwi), jak i z białka komórek. Znajdywany w moczu ludzi narkotyzowanych nukleoalbumin pochodzi po części z rozpadu tkanki nerkowej, jak tego dowodzi badanie osadu moczowego. Upośledzenie czynności nerkowej objawia się zatem białkomoczem i w największej liczbie przypadków przemija.

5) Dr. Haberda i Dr. M. Reiner (z Wiednia). Przyczynki krytyczne i doświadczalne do nauki o śmierci przez powieszenie.

Jak wiadomo, długo nieznano przyczyny szybkiej utraty przytomności u powieszonych. Dopiero Hofmann wyjaśnił ją doświadczeniem, wykazującem zaciśnięcie tętnic dogłowowych, również żył i nerwów szyjnych. Przeciwko temu tłómaczeniu nie podniósł przez długi czas nikt głosu, dopiero pierwszy Ignatowski (zobacz referat *Przegl. lek.* r. 1893) wystąpił przeciw niemu z zarzutem, iż ono sprzeciwia się doświadczeniu przy sekcyach, które nie wykazuje zawsze niedokrwności mózgu, jakiejby się należało spodziewać w myśl teoryi Hofmanna, lecz najczęściej prawidłową ilość krwi w mózgu, ba! nawet przekrwienie. Na mocy swych doświadczeń podaje Ignatowski odmienne tłómaczenie. Praca autorów, o której mowa, zbija zarzuty Ignatowskiego jako nie-

słuszne a nadto wyjaśnia w dalszym ciągu rychłą utratę przytomności.

Na mocy doświadczeń dochodzą autorowie do wyników: Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, iż tętnice dogłowowe ulegają przy powieszeniu zaciśnięciu i to takiego stopnia, że aby przez miejsce zaciśnięte przepchać płyn, trzeba użyć parcia przenoszącego znacznie maximum parcia krwi w tętnicy, tj. trzeba użyć parcia = 250 do 300 mm. rtęci. Bardzo często ulegają także i tętnice kręgowe zaciśnięciu w miejscu, w którem one, opisując łuk przy przejściu z otworu poprzecznego drugiego kręgu szyjnego do takiegoż otworu kręgu pierwszego, i przy przejściu z kręgu pierwszego do otworu wielkiego kości potylicznej, znajdują się nie osłonięte kością tylko częściami miękkiemi. Zaciśnięcie tętnic kręgowych następuje zawsze przy typowem założeniu pętli wisielczej. Te doświadczalnie wykazane okoliczności tłómaczą dostatecznie rychłą utratę przytomności u powieszonych.

W chwili powieszenia może ustać czynność serca w okresie rozkurczu. Czy jednak ustanie czynności serca jest następstwem mechanicznego zadrażnienia nerwu błędnego, wywołanego pętlą wisielczą, czy też zadrażnienia nerwu błędnego w drodze odruchowej przez nerw krtaniowy, nie można teraz rozstrzygnąć. To zadrażnienie nerwów szyjnych jest w stanie przyspieszyć utratę przytomności, jeźli tętnice nie uległy dokładnemu zaciśnięciu, a nadto przedłuża ono okres zamartwicy. Spostrzeżenie Ignatowskiego, że zadrażnienie urazowe nerwu krtaniowego tamuje ruchy oddechowe, jest bardzo prawdopodobne; natomiast uciskowi mózgu nie można przypisać żadnego wpływu na przebieg objawów przy śmierci z uduszenia. (Ciąg dalszy nastąpi).

Haberda: **Kilka słów o zwłokach w wodzie.**

Autor zwraca uwagę na to, iż zwłoki osób w wodzie utopionych, bądź też zwłoki do wody wrzucone nie zawsze opadają na dno, lecz często w wodzie się unoszą a to nawet w ten sposób, że swemi częściami ciała sterczą nad powierzchnią wody. Sytuacya zwłok w wodzie zależy od różnych czynników, zwłaszcza zaś od gazów. Klatka piersiowa i brzuch, jeżeli jest gazem wzdęty, unoszą się ku powierzchni.

Wypływanie zwłok zatopionych zależy po części od prądu wody, który je unieść może na miejsca płytkie, po części od postępu gnicia. Zwłoki zaś gniją w wodzie prędzej, jeżeli woda jest zanieczyszczona, stojąca i ciepła, ztąd też latem zwłoki w wodzie o wiele prędzej gniją, tem samem prędzej wypływają na powierzchnię. Wreszcie zależy szybkość gnicia od składu chemicznego wody. Jeżeli zwłoki długo leżały w wodzie, ulegają przemianie tłuszczo-woskowej, która najpierw ukazuje się w tych miejscach, gdzie najwięcej jest rozwiniętą podściółka tłuszczowa, zatem na policzkach, brzuchu, udzie i t. d. Tłuszczowosk zachowuje kształty zwłok do tego stopnia, że można mimo znacznej zmiany rozpoznać w zwłokach płeć.

W wielu doświadczeniach swych nad tą sprawą nie pominął autor badań, odnoszących się do znamion, któreby pozwalały oznaczyć czas, od jakiego zwłoki przebywały w wodzie. Uwzględnia on w pierwszym rzędzie tworzenie się skóry praczek, co następuje tem rychlej, im grubszą jest warstwa zrogowaciałągo przyskórka na rękach, stopach, kolanie. Po 10 dniach spoczywania zwłok w wodzie, dają się oddzielić paznogcie wraz z przyskórkiem rąk na sposób rękawiczki już za użyciem miernej siły, po upływie zaś 2 do 3 tygodni oddzielają się same.

Bardzo przydatnemi do ocenienia czasu, jak długo zwłoki przebywały w wodzie, okazują się poszukiwania pasożytów roślinnych, które osadzają się i rosną na powierzchni ciała zwłok. Zwłoki leżące przez 4 do 5 dni w wodzie okazują czasem plamy fiołkowe pochodzące od kolonii *bacillus violaceus*, również rozpoczyna się bujanie alg w postaci falistej pilśni, która po upływie 2 tygodni tak bujnie porasta na powierzchni zwłok, że czyni ich zarysy niewyraźnymi niezgrabnymi. Pilśń ta składa się z nitek grzybów *phycomycetes*, z gatunków *beggiatoa*, *leptomitas*, *cladothrix*, wreszcie krótkich a cienkich prątków i żywo wirujących ameb. Czasem pilśń ta zawierająca szlam i piasek jest zabarwioną rdzawo przez wodnik żelazowy. Czasem obok *phycomycetes* spostrzega się prawdziwe algi, mianowicie *diatomaceae*. Autor dochodzi w badaniach swych nad rozwojem tych pilśni na zwłokach do przekonania, że brak ich dowodzi przy uwzględnieniu reszty znamion, iż zwłoki nie leżały w wodzie więcej niż 6 lub 7 dni. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 35. IX. 1. 1895).

Wachholz.

Dittrich: **Z kazuistyki udarów z gorąca** (*Hitzschlag*).

Autor zwraca uwagę na zmiany anatomiczne, jakie dostrzegł w licznych a przez siebie sekcyonowanych przypadkach udaru z gorąca. Otóż dostrzegł on liczne wynaczynionki po części w błonach śluzowych n. p. żołądkowej i spojówkowej w tkance podskórnej powłok czaszkowych w błonach surowiczych a już przedewszystkiem pasmowate podbiegnięcia pod wśródsierdziem. Tej ostatniej zmianie przypisuje on wartość patognomoniczną dla udaru z gorąca. Udarowi z gorąca ulegają zazwyczaj, wedle doświadczenia autora, ludzie dotknięci otłuszczeniem serca, które stanowi pośrednią przyczynę śmierci. Autor popiera swe spostrzeżenia dawniejsze nowym przypadkiem, tyczącym się pewnego gimnastyka, który w czasie wykonania ćwiczenia na drążku pewnego parnego lipcowego wieczoru padł nagle i wkrótce życie zakończył. Przy sekcyi nie znaleziono żadnych obrażeń ani zmian nad wyżej przytoczone i stłuszczenie serca. Zdaniem autora, nie byłaby nastąpiła śmierć pośrednio z porażenia serca dotkniętego otłuszczeniem, gdyby ów gimnastyk nie był wysilił się fizycznie i gdyby ciepłota owego wieczoru nie była względnie wysoką a powietrze parne. (*Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* 1895. Nr. 2).

Wachholz.

Chirurgia.

Rottor: **Przyczynek do całkowitego wycięcia krtani.**

R. twierdzi, że przyczyną tego, iż stosunkowo rzadko robi się tę operacyę, jest nietylko wielka po niej śmiertelność (35%), ale więcej jeszcze bardzo przykre dla chorego leczenie następowe. Dolegliwości te w leczeniu następowem pochodziły stąd, że po operacyi powstawała rana, będąca w styczności z jamą połykową, wskutek czego trzeba było chorego żywić zapomocą zgłębnika, tudzież gazę, którą rana była wytamponowana, zmieniać bardzo często, czasem kilka razy dziennie. Pierwszy starał się temu zapobiedz Bardenheuer przez oddzielenie rany od jamy połykowej ścianą, którą otrzymywał przez zeszycie błony śluzowej. Ścianka ta jednak nie była dość mocną, szwy puszczały często. Poppert chcąc tego uniknąć, zeszywał błonę śluzową podwójnym szwem piętrowym, R. zaś zeszył jeszcze ponad błoną śluzową mięśnie przecięte przy wycinaniu krtani. W ten sposób uzyskał ścianę dość mocną, oddzielającą ranę od jamy połykowej. Chory w ten sposób operowany, mógł zaraz po operacyi sam się żywić, zakładanie zgłębnika wcale nie było potrzebnem, tak samo częsta zmiana gazy w ranie. Po 7. dniach opuścił już chory łóżko. W końcu opisuje R. sztuczną krtań, którą następnie choremu założył. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 6. 1895).

Dr. Rościszewski.

Bayer (z Pragi). **Obumarcie główki kości udowej po krwawej operacyi zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym.**

Autor podaje wynik 2 operacyi przypadków zwichnięcia wrodzonego (*luxatio congenita*) w stawie biodrowym sposobem Hoffy. W pierwszym z nich był wynik o tyle dobry, że dziecko chodzi lepiej po operacyi, niż przed nią, ale zupełnie dobrze także nie, chód jest niepewny. W drugim zaś przypadku nastąpiła śmierć wskutek ropienia w stawie powstałego po obumarciu główki i części szyjki kości udowej. Dziecko to przebyło wprawdzie na kilka dni przed operacyą zapalenie gardła, przy sekcyi zaś znaleziono zmiany gruźlicze w gruczołach limfatycznych koło oskrzeli, wszystko

to mogło się przyczynić do nieszczęśliwego wyniku, ale w każdym razie przypadek ten dowodzi, że po operacyi Hoffy zdarzyć się może obumarcie główki ze wszystkiemi następstwami. Ponieważ więc w przypadkach dobrego wyniku po operacyi i tak zupełnie dobrze dziecko nie chodzi, a operacya, jak się autor miał sam sposobność przekonać, nie jest bez niebezpieczeństwa, przeto B. skłania się więcej do leczenia tego cierpienia bez operacyi. *(Centralblatt f. Chirurgie* 48. 1894). *Dr. Rościszewski.*

Zapiski terapeutyczne.

25. J. Sasse (w Zaandam w Holandyi): Olejek terpentynowy przeciw krwotokom. Idąc za zaleceniem Roesego i Hymansa przekonał się autor, iż olejek terpentynowy na wacie do miejsca krwawiacego zastósowany bardzo dzielnie tamuje krwotoki po wyrwaniu zęba. Naprowadziło go to na myśl spróbowania olejku terpentynowego także w szkorbucie; próba wypadła pomyślnie. Po pomazywaniu dziąseł środkiem przerzeczonym, trzymaniu go przez niejaki czas w ustach i zadawaniu wewnętrznem ustały powoli wszystkie krwotoki, nawet z pęcherza moczowego. Również okazał się autorowi i innym znanym mu kolegom skutecznym olejek terpentynowy, zadawany wewnętrznie w hematuryi, mającej swe źródło czy to w pęcherzu czy w nerkach.

Na podstawie przeto tych swych spostrzeżeń zaleca autor olejek terpentynowy do dalszych prób w krwotokach. *(Ther. Mtshefte.* Luty 1895).

26. Leméré: Wyciąg paproci samczej eterowy zaleca autor przeciw tasiemcowi w formie:

Rp. *Exti filicis maris aetherei* 6·00
Hydrargyri chlorati (calomelanos) vapore parati 0·60
Aquae destil.
Syrupi gummosi $\overline{aa}$ 16·00
Gummi arabici q. s.
ut f. emulsio.

DS. Zakłóciwszy dobrze zażyć rano na raz.

W dniu poprzednim winien pacyent żywić się tylko mlekiem i zachowywać się spokojnie po zadaniu leku, który ma w 30 do 35 minut po zażyciu wypędzać tasiemca.

Dla dzieci od 6 do 12 lat wynosi dawka wyciągu paproci 4·00 a kalomelu 0·40. *(Journal de Pharm. et Chimie.* Tom 30. Nr. 9).

27. Lindén: Leczenie kiły wstrzykiwaniami kalomelu i salicylanu rtęciowego. Na podstawie doświadczenia w więcej niż 100 przypadkach przychodzi autor do wniosku, że wstrzykiwania kalomelu działają bardzo rychło, ale wywołują często ropnie i nacieki a nadto nie wpływają tak trwale na przebieg choroby jak wstrzykiwania salicylanu rtęciowego, które wprawdzie potrzebują dłuższego stosowania, jednak miejscowo o wiele mniej drażnią. W ogólności przeto do wstrzykiwań nadaje się więcej salicylan rtęciowy niż kalomel, któremu znów należy się pierwszeństwo, gdy zależy na skutku rychłym. *(Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom 27. Nr. 2).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XIX. Zgromadzenie ogólne członków w dniu 6. Lutego 1895.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 20.

1) Protokół z ostatniego Zgromadzenia ogólnego, drukowany w Nrze 17. *Przeglądu lekarskiego* w r. 1894. przyjęto bez odczytania.

2) Przewodniczący zwracając uwagę, że Wydawnictwo za jego inicyatywą założone i bez przerwy pod jego przewodnictwem zostające rozpoczęło obecnie dwudziesty rok swego istnienia, daje ogólny pogląd na działalność dotychczasową Towarzystwa. Wydawnictwo wydało 17 dzieł po największej części oryginalnych a właściwie dzieł 18, licząc w to drugie wydanie hydroterapii Doc. Dra Smoleńskiego a oprócz tego dwie serye *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej.*

W roku 1894. ukończono druk obszernego dzieła oryginalnego, ozdobionego bardzo licznemi rycinami p. t.: *Nauka o chorobach kobiecych* (ginekologia) przez Dra Władysława Bylickiego we Lwowie. Dzieło to rozesłane zostało członkom i prenumeratorom jako bezpłatne premium za r. 1894 i 1895. Oprócz tego ukończono druk seryi II. *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* a ostatnie dwie rozprawy: Dra Ludomiła Korczyńskiego *O chorobie Basedowa* i Doc. Dra Wachholza *Sekcya sądowo-lekarska, protokół i orzeczenie* rozesłane zostały Członkom i Prenumeratorom jako reszta bezpłatnego premium za rok 1892. Obecnie drukuje się dzieło obszerne prof. Dra Jordana pod tytułem *Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu,* które stanowić będzie dokończenie wydanego w r. 1881 dzieła tegoż autora p. t.: *Fizyologia i dyetetyka ciąży, porodu i połogu.* Dzieło to przeznaczone jest jako bezpłatne premium dla Członków i Prenumeratorów za r. 1896.

Rozprzedaż dzieł postępuje prawidłowo, nawet dzieła dawniejsze się rozchodzą, nowsze zaś poszukiwane bywają tak, że wkrótce zajdzie potrzeba przygotowania drugich wydań. Zapasowych egzemplarzy *Nauki o operacyach położniczych* Doc. Dra Brauna, jak niemniej *Podręcznika chorób żołądka* prof. Dra Jaworskiego, prawie już nie ma.

Wydawnictwo przesyła wielu Towarzystwom dzieła swe bezpłatnie, uczniom zaś medycyny odstępuję po cenach bardzo zniżonych. Mimo to zwrot nakładów był w r. 1894 większy, niż poprzednio, co pozwala łuszyć, że przy dalszem poparciu ze strony lekarzy Wydawnictwo, mając zapewnione fundusze na wydawanie nowych dzieł, będzie mogło skuteczniej wywiązywać się ze swego zadania.

Stosunek Wydawnictwa krakowskiego z innemi wydawnictwami polskiemi i z redakcyami czasopism polskich i w r. 1894. był bardzo przyjazny a opierał się na wzajemnem popieraniu wspólnej sprawy.

Zwiększająca się liczba prenumeratorów świadczy również o korzystnym rozwoju Wydawnictwa. Z końcem roku 1894. było: członków honorowych 3, czynnych 95, prenumeratorów 142, razem 240. W roku 1894. ubyło 2 członków czynnych; przybył jeden czł. czynny i 15 prenumeratorów. Z końcem 1894. r. Wydawnictwo liczy więc członków: honorowych 3, czynnych 94, prenumeratorów 157, razem 254 czyli o 14 więcej, niż z końcem r. 1893.

Na powszechnej Wystawie krajowej we Lwowie Wydawnictwo otrzymało medal srebrny wraz z dyplomem, wystawionym na ręce przewodniczącego. Odznaczenie to jest już piątem z rzędu, otrzymanem na wystawach krajowych i lekarskich.

Sprawozdanie to przyjęto z uznaniem do wiadomości.

3) Przez powstanie oddano cześć zmarłym członkom: Drowi Arztowi Emanuelowi i Drowi Rollemu Józefowi.

4) Przyjęto do wiadomości, że Komisya kontrolująca znalazła rachunki z r. 1893. w porządku; uchwalono Zarządowi udzielić absolutoryum za r. 1893. a do zbadania rachunków z r. 1894. wybrano tę samą Komisyę w osobie prof. Dra Walentowicza i Dra Buzdygana.

5) Wyrażono Drowi A. Wachtlowi we Lwowie podziękowanie za trud poniesiony przy urządzeniu przedmiotów na Wystawie lwowskiej a Drowi Ludomiłowi Korczyńskiemu i Drowi Walentemu Jeżowi za zajmowanie się sprzedażą dzieł studentom medycyny.

6) Na wniosek Przewodniczącego uchwalono pomimo zgłaszanych i zapowiedzianych dalszych prac zaniechać na razie wydawnictwa *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* i seryi III. nie rozpoczynać, a to z powodu, że zwrot nakładu pierwszych dwóch seryj powoli bardzo postępuje.

7) W myśl § 30. obowiązującego Statutu przystąpiono do wyboru Wydziału na dalsze dwulecie. Z wyjątkiem Dra Grabowskiego, w miejsce którego wybrany został prof. Dr. Jaworski, wybrano jednomyślnie dotychczasowy Wydział w następującym składzie: prezes prof. Dr Korczyński, Wiceprezes prof. Dr. Oettinger, Członkowie Wydziału: prof. Dr. Halban, prof. Dr. Jaworski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Surzycki i prof. Dr. Pieniążek. Zastępcy członków Wydziału: prof. Dr. Domański, prof. Dr. Glaziński, prof. Dr. Obaliński, Dr. Radecki i Dr. Wiszniewski.

8) Nie dającą się zrealizować kwotę 9. złr. 03 kr. uchwalono wykreślić już w rachunku za rok 1894.

9) Administrator i podskarbi składa sprawozdanie kasowe, które przyjęto do zatwierdzającej wiadomości, a z którego wynika: Dochód w r. 1894. wynosił 1597 złr. 31 kr. (a mianowicie wkładki wstępne

20 złr.; składki roczne 651 złr. 42 kr., odsetki 118 złr. 34, dochód z ogłoszeń 20 złr., dochód ze sprzedaży dzieł i rozpraw 787 złr. 55). Rozchód wynosił 1048 złr. 04 (a mianowicie koszta Wystawy lwowskiej 40 złr. 07 kr., reszta nakładu ginekologii Dra Bylickiego 466 złr. 91 kr., — cały nakład dzieła tego kosztował 1247 złr. 67 kr. — reszta kosztów nakładu Rozpraw 117 złr. 54 kr., zaliczka na druk dzieła prof. Jordana 200 złr., odezwy własne 13 złr. 38 kr., rozsełka dzieł 26 złr. 22 kr., pensya administratora 150 złr., za depozyt w Kasie Oszczędności 19 złr 89 kr., wydatki porztowe i kancelaryjne 9 złr. 03 kr.). Nadwyżka dochodu wynosi więc 554 złr. 27 kr. Majątek wydawnictwa wynosi 6877 złr 19 kr., z czego w obligacyach propinacyjnych 2711 złr. 80 kr., w akcepcie wekslowym 3000 złr., w Tow. Zaliczkowem 665 złr. 39 kr. Składki zaległe wynoszą 583 złr. Wartość dzieł niesprzedanych 2200 złr. 37 kr., Rozpraw nie rozprzedanych 1480 złr. 52 kr.

10) Administrator i podskarbi przedkłada wykaz zwrotu nakładów poszczególnych dzieł, co do zatwierdzającej przyjęto wiadomości.

Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VI.

Z powodu artykułu prof. Rydygiera O dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich.

Podał

Prof. N. Cybulski.

Usłyszeć „kilka słów poważnych“ jest zawsze przyjemnie, a już niewątpliwie można pożądać, jeżeli idzie o sprawę, którą sam prof. Rydygier uznaje za ważną i wypowiada o niej te słowa w fachowem piśmie.

Nie wiem, jakie wrażenie artykuł prof. Rydygiera sprawił na innych czytelników *Przeglądu lekarskiego*, co do mnie, przyznać się muszę, że właśnie tej obiecanej powagi w słowach prof. Rydygiera dopatrzeć się nie mogłem.

Jakkolwiek prof. Rydygier w dopisku oświadcza, że traktuje rzecz „tylko ze stanowiska lekarskiego i potrzeb studyów lekarskich“, to jednakże na wstępie spieszy się odrazu wypowiedzieć swoje zdanie, że zasadniczo „równouprawnienie kobiet z mężczyznami jest nonsensem“; atoli dowody, które przytacza następnie na uzasadnienie swego zdania, nie tłómaczą nam bynajmniej, w jakim związku pozostaje wyższe w ogóle, lub specyalne wykształcenie kobiet w medycynie, z kompletnem ich równouprawnieniem z rodzajem męzkim i dlaczego mianowicie szerszy zakres wiedzy lub wiedzy specyalnej u kobiet ma być także „nonsensem“ lub do nonsensu prowadzić. Sprawa wyższego wykształcenia kobiet jest do pewnego stopnia nowa przecie tylko u nas, gdy prawie w całej Europie już dawno rozstrzygnięto ją na korzyść kobiet. Nie tylko uniwersytety francuskie i szwajcarskie, ale jak wiadomo, w Anglii, w Szwecyi i Norwegii, dopuszczają kobiety na równi z mężczyznami do studyów a mimo to nie spotkałem w literaturze żadnych dowodów, ażeby te studya dały powód kobietom do aspiracyi ku równouprawnieniu kompletnemu z mężczyznami. Zupełne równouprawnienie kobiet i prawo zdobywania uniwersyteckiej nauki są, według mego zdania, dwie rzeczy odrębne i nie wypada je utożsamiać.

Podnosząc tedy kwestyę, która gdzieindziej jest już dawno rozwiązaną, i występując przeciwko takiemu rozwiązaniu, prof. Rydygier mógł zużytkować cały szereg faktów, zebranych doświadczeniem w tych krajach. Takiego przynajmniej traktowania sprawy można było oczekiwać już na podstawie samego tytułu, tymczasem cóż spotykamy w artykule prof. Rydygiera? Szereg zarzutów, opierających się wyłącznie tylko na osobistem zapatrywaniu i prawie nic ponad to.

W kwestyach społecznych podobnie, jak i w naukowych, mogą bezwątpienia mieć niekiedy znaczenie i osobiste zapatrywania, lecz w tym przypadku potrzeba, ażeby te osobiste zapatrywania opierały się na osobistem doświadczeniu, słowem, na faktach, które się zdobyło własną obserwacyą; o takiem doświadczeniu prof. Rydygier wcale nie wspomina; w skutek tego osobiste zapatrywanie nie poparte żadnymi faktami a wynikające li tylko z wewnętrznego przekonania, jako czysto subjektywne, właściwie nie mogą być przedmiotem dyskusyi, bo to wewnętrzne przekonanie jest zwykle ślepe i głuche nawet na fakty; w takim razie, jeżeli się ścierają przeciwne zdania, może chodzić tylko o osoby trzecie i przed *forum* tych trzecich osób wypada wytoczyć albo fakty, które tym zapatrywaniom przeczą albo zapatrywania i przekonania innych ludzi, słowem, wypada oświetlić kwestyę z innej strony.

I tak prof. Rydygier w samem dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich upatruje głęboko sięgającą reformę „przyrodzonego i wiekami uświęconego ustroju społecznego“. Z twierdzenia tego wynikałoby, że społeczeństwa a raczej ustroje społeczne są zakute w jakieś stałe formy, które nie ulegają żadnym przeistoczeniom. Czyż tak jest w rzeczywistości? Czy ktokolwiek zaprzecza dzisiaj, że istnienie ustrojów społecznych polega na ciągłej i nieprzerwanej ich ewolucyi? Otóż dzięki właśnie tym ewolucyom i prawa kobiety ulegają ciągłej zmianie a historyczne przekształcenie tych praw wyraża się już dzisiaj znacznem rozszerzeniem zakresu społecznej działalności kobiet. Czy w dalszym rozwoju życia społecznego nastąpi zupełne równouprawnienie kobiet, nie wiem, lecz z pewnością mogę twierdzić, że dzisiejsze te lub owe postulaty kobiet i ich dążenia są tylko następstwem tej ewolucyi społecznej i nie pozostają w sprzeczności z żadnem prawem natury. Że kobieta jest człowiekiem, chyba temu prof. Rydygier nie przeczy a jeżeli tak jest, to w całej jej organizacyi obok specyalnych narządów, które ją od mężczyzn różnią, muszą być także cechy ogólno-ludzkie. Wszelkie starania skierowane ku temu ażeby wykazać, że kobiety w budowie i organizacyi swojego układu nerwowego różnią się od mężczyzn, do dziś dnia, jak wiadomo, spełzły na niczem; chwytano się nawet wagi mózgu i sądzono, że się potrafi udowodnić, iż w stosunku wagi mózgu do wagi ciała zachodzi pewna różnica, lecz i ta droga zawiodła; mózg Moleschotta, który głównie tę myśl propagował, ważył mniej niż średni mózg praczki monachijskiej a mózg Gambetty okazał się mniejszym od średniego mózgu szwaczek paryzkich. Wobec więc braku dowodów różnicy, wypada przyjąć prostsze przypuszczenie podobieństwa i zgodzić się na to, że organizacya mózgu kobiety zasadniczo nie różni się od organizacyi mózgu mężczyzn, z czego z kolei wynika, że i umysł kobiety może nie przedstawiać zasadniczych różnic.

Przypuszczam, że prof. Rydygier nie będzie twierdził, jakoby nauka posiadała tę tylko zaletę, że prowadzi do „zaszczytów, godności i znaczniejszych dochodów“; są bowiem i niewątpliwie byli ludzie, którzy dążąc do nauki, nie mieli na względzie tych jej skutków, nie dostąpili ani zaszczytów, ani dochodów i w rzeczywistości z nauki nie sko-

rzystali, lecz właśnie ci ludzie służą za dowód, że nauka i bez tego może pociągać ku sobie, że ona posiada w sobie coś, co sprawia moralne zadowolenie człowiekowi i uprzyjemnia mu życie. Ten popęd do nauki, jako źródła moralnego zadowolenia, objawiający się w najrozmaitszych postaciach, jest objawem wrodzonym u lepszych jednostek i oczywiście nie ma żadnej racyi przypuszczać, ażeby on nie mógł się obudzić zarówno w umyśle kobiety, jak i mężczyzny. W rzeczywistości też od czasów starożytnych aż do naszych niejednokrotnie zjawiały się jednostki wśród kobiet, które takim popędem się odznaczały. Wprawdzie dzisiejsze stosunki społeczne spaczone a właściwie przykrojone do tych stosunków, wychowanie kobiet klasy inteligentnej sprawiają, że u kobiet spotykamy go rzadziej niż u mężczyzn, lecz z tego bynajmniej nie wynika potrzeba tamowania go tam, gdzie on się objawia. Ja nie znam praw natury, któreby przeszkadzały człowiekowi szukać zadowolenia w rozszerzeniu swojej wiedzy, w obserwacyi lub badaniu przyrody. Przekonany jestem, że przepisy klasztorne nie nakazywały Kopernikowi zajmować się badaniem gwiazd i zgłębiać prawa ich ruchu. Właśnie ten bezwiedny popęd i to wewnętrzne zadowolenie, którego on dostarcza, był przyczyną, że wbrew przeszkodom a może i przepisom Kopernik badania te prowadził. I dlaczegoż podobnych popędów nie przypuścić u kobiet, przynajmniej u pewnych jednostek, których umysł jest lepiej, być może w skutek dziedziczności po ojcu, uposażony, niżeli u innych?

Lecz gdy nie można się dopatrzeć sprzeczności z prawami natury, jeżeli się wśród kobiet trafiają jednostki, które się garną do zdobycia wiedzy, to odbiera się niewątpliwie wrażenie strasznego pogwałcenia praw natury, jeżeli profesor uniwersytetu staje na stanowisku potrzeby ograniczenia rozpowszechnienia nauki, ktokolwiek po nią sięga. A cóż mówić o tem, gdy odmawia jej kobiecie i wpada w trudną do pojęcia sprzeczność ze sobą, gdy z jednej strony skazuje kobietę „na dom“ i wychowanie dzieci, z drugiej odmawia jej prawa kształcenia swego umysłu. Czyż kobieta, nie rozumiejąca zadań i stosunków społecznych, nie pojmująca zasad, któremi się kieruje mąż, potrafi wszczepić te zasady nowemu pokoleniu? Przecież choć w osobie najlepszych i najzdolniejszych przedstawicielek kobiety powinny rozumieć cały stan danej ewolucyi społecznej i wszystkich zadań danej doby. Zresztą i samo pożycie kobiety w małżeństwie nawet nie ma za zadanie tylko reprodukcyi rodzaju ludzkiego; rodzina przecież, jako żywy element naszego społeczeństwa, wciąż oddziaływa czynnie na zewnątrz i posiada nawet wartość w tym przypadku, kiedy jest bezdzietną; że w tej roli społecznej wykształcenie kobiety ma pewne znaczenie, chyba także nikt nie zaprzeczy.

Lecz prof. Rydygier, mając na względzie tylko dopuszczenie do studyów lekarskich, odmawia kobiecie nietylko prawa, ale nawet uzdolnienia do całego szeregu czynności lekarskich a głównie nie widzi najmniejszej potrzeby kobiety-lekarza. Rozważmy najsamprzód, czy rzeczywiście ma słuszność w tym ostatnim względzie?

W twierdzeniu tem, mnie przedewszystkiem razi sprzeczność w słowach prof. Rydygiera. Z jednej strony troszczy się on o stronę moralną Polek i uważa prawie za rzecz niemożliwą, ażeby kobieta Polka mogła studyować całą medycynę a więc i specyalne choroby męzkie, z drugiej strony nie dba wcale o inne kobiety i młode dziewczęta, które w razie chorób specyalnie kobiecych mają być badane wyłącznie tylko przez mężczyzn.

Nie wchodzę w to, jakie są w ogóle zapatrywania na tę kwestyę, ja osobiście uważam to za rzecz grubego barbarzyństwa, że młode kobiety i niewinne panny w cierpieniach specyalnie kobiecych, zmuszone są zasięgać rady mężczyzn; jest to już prawdziwem pogwałceniem praw natury zmuszać człowieka do pokonywania w sobie w całości wrodzonego mu uczucia wstydu i mam przekonanie, nawet oparte na doświadczeniu, że nieraz ociąganie się rodziców lub młodej kobiety z zasięganiem rady lekarza-mężczyzny jest przyczyną rozmaitych cierpień chronicznych, często w skutek spóźnienia nieuleczonych. Zdanie to mógłbym poprzeć opinią nawet kilkudziesięciu lekarzy niemieckich.

Gdyby więc i w rzeczywistości nie zachodziła potrzeba ze względu na ilość lekarzy, to ze względu na samą płeć kobiecą byłoby pożądanem, aby obok lekarzy-mężczyzn tu i owdzie byli lekarze-kobiety, do których mogłyby się chronić właśnie te jednostki, które jeszcze nie utraciły zupełnie tak opiewanej przez poetów wstydliwości kobiecej.

Zresztą, jak już zauważyłem wyżej, nie jest to moje zdanie odosobnione, oto wyjątek z referatu pana Szokalaya wypowiedzianego na kongresie higienicznym w Peszcie w roku ubiegłym:

„Ważna okoliczność ta (śmiertelność kobiet mahometanek) nie uszła uwagi bośniackiego rządu, który postarał się zmniejszyć złe przez zaprowadzenie kobiecej pomocy lekarskiej. W ten sposób Bośnia wyprzedziła wiele europejskich państw, gdzie dotychczas zajmowanie się praktyką lekarską przez kobiety nie jest zaprowadzone, jakkolwiek rzecz ta dla kobiet i dziewcząt byłaby zbawienną“.

Również pan minister oświaty w Węgrzech [1]) „poruszając kwestyę wyższego wykształcenia kobiet, powiedział, że kobiety kwalifikują się nader na lekarki kobiet i dzieci, a niemniej na aptekarki“.

Zdania tych ludzi, być może zrównoważą opinię pana Dobrna, na którą powołuje się prof. Rydygier.

Wracając do głównego zarzutu, że siły i zdolności umysłowe kobiet nie dozwolą na wykonywanie praktyki lekarskiej, pozwalam sobie tylko zauważyć, że wszelkie teoretyczne w tym względzie rozumowania sa zbyteczne, skoro istnieje materyał doświadczalny. Wszak tysiące kobiet praktykuje już od lat kilkunastu, wystarczy więc przyjrzeć się ich praktyce lub zasięgnąć opinii u osób, które je podczas praktyki obserwują i z tego materyału wyciągnąć wnioski. Oto jest zdanie prof. Gaulego [2]): „Co się tyczy zimnej krwi, zręczności, spokoju podczas eksperymentowania i wiwisekcyi kobiety stoją na równi, podobnie jak i we wszystkich praktycznych rzeczach, ze swymi męzkimi kolegami i nie są od nich ani lepsze ani gorsze.... Wśród nich (kobiet-lekarek) są niektóre bardzo dzielne i społeczeństwo ich działalność w ogóle uznaje za dobrodziejstwo. Żona naszego znakomitego geologa Heima ma wielką praktykę w kołach profesorskich, ona właśnie dwukrotnie rozwiązała moją żonę ku mojemu kompletnemu zadowoleniu; inna młoda lekarka przeprowadziła poród mojej szwagrowej i prędko zdobyła sobie

[1]) *Gazeta lwowska* Nr. 27. z r. 1895.

[2]) Jahresbericht des Vereines für erweiterte Frauenbildung in Wien. V. p. 31.

wielką praktykę w najlepszych kołach. Widziałem n. p. jak pani profesorowa Heimowa przeprowadziła poród kleszczowy z najzupełniejszym spokojem i zupełnie wystarczającą siłą, z wprawą doświadczonego praktyka.

Pytacie się, czy ciąża i t. p. nie sprowadzają przerw w praktyce, otóż wyżej wspomniana dama powiła swojemu mężowi kilkoro dzieci i w skutek tego kilka razy zmuszoną była swoją praktykę czasowo przekazać młodszym koleżankom, lecz podobne przerwy zachodzą także u lekarzy-mężczyzn z innych powodów a przecież nie sprawia to wrażenia czegoś osobliwszego.

Na zakończenie donoszę jeszcze, że w skutek postanowienia rady wychowawczej odtąd kobiety będą przypuszczane także do ciała nauczycielskiego i że już pierwsza kobieta habilitowała się jako docentka dla prawa rzymskiego we wydziale prawniczym".

Oto wyjątek z listu prof. Erismanna[3]): „O ile ja osobiście wiem, widziałem i doświadczyłem, wspólne studya mężczyzn z kobietami nie sprowadzają żadnych niekorzyści, przeciwnie obecność kobiet wywiera bardzo pomyślny wpływ na studentów".

Na pytanie, czy kobiety-lekarki poszukiwane są przez publiczność, odpowiada prof. Erismann: „Tak jest, zarówno w miastach jak i po wsiach wiele kobiet posiada rozległą praktykę, są naturalnie i takie, które nie mają zajęcia, zależy to w wielkiej mierze od przymiotów osobistych. Tam gdzie kobiety zajmują stanowiska płatne przez miasta i kraj, nie wykonywając praktyki prywatnej, nie rzadko bywają przez publiczność bardziej od mężczyzn poszukiwane.

W urzędowem sprawozdaniu petersburgskiego magistratu znajdujemy następujące liczby, odnoszące się do miejskich ambulatoryów: na lekarza-mężczyznę wypada na rok chorych od 5400 do 8000, na lekarza-kobietę od 7000 do 11600".

Na pytanie, czy kobiety dorosły do każdego stanowiska, brzmi odpowiedź: „Działanośe kobiet w charakterze lekarzy gminnych, na którem to stanowisku obok szpitala o 10 do 20 łóżek, mają pod swoim dozorem okręg o promieniu 15 i więcej kilometrów z ludnością nie rzadko od 30 do 60 tysięcy, przemawia za tem, iż one dorosły do każdego stanowiska".

Pytanie. Jak się zachowują w praktyce chirurgicznej i położniczej?

Odpowiedź. „Liczne sprawozdania dowodzą, że kobiety wykonywują operacye chirurgiczne i ginekologiczne; to samo czytamy o operacyach ocznych. Niektóre kobiety-lekarki odznaczyły się już podczas wojny jako operatorki, inne zajmują takie posady po wsiach i miastach".

Pytanie. Czy kobietom wystarcza do tego siła fizyczna?

Odpowiedź. „Dowodem *ad hominem*, że kobiety zdolne są do ciężkiej pracy, jest działalność kobiet, zajmujących posady lekarzy gminnych (ziemskich), których praca przedstawia się w sposób następujący: Rano opatrywanie chorych w szpitalu, albo ambulatoryum (od 40—100 chorych), wieczorem odwiedzanie chorych po wsiach (wielka odległość, złe drogi, zmiany powietrza). Jest to praca Herkulesowa, mimo to jednak kobiety wykonywają ją bardzo sumiennie i z całem oddaniem się. Znam kobiety, które od 5—10 lat oddają się podobnej pracy, a przytem czują się zupełnie dobrze, chociaż chwilowo zmęczenie występuje także, jak i mężczyzn w podobnych okolicznościach. Nasze kobiety wytrzymują wogóle tę pracę tak dobrze, jak i mężczyźni".

Na zakończenie przytoczę jeszcze ustęp z listu prof. Miecznikowa[4]): „Co się tyczy kwestyi kobiecej, to mogę wogóle powiedzieć, że od wielu lat nabrałem przekonania, że wyższe studya wogóle, a szczególnie medyczne są połączone dla kobiet z korzyścią. Oprócz takich, które całe życie poświęciły medycynie, istnieje znaczna liczba takich, które praktykę zarzucają, są to przeważnie te, które wyszły zamąż i mają dzieci; w tym przypadku uzyskane wiadomości wywierają wpływ ogromny na życie familijne i wychowanie dzieci".

Oto są fakty, zaczerpnięte z bezpośredniej obserwacyi i podane przez ludzi niewątpliwie godnych zaufania. Zresztą pracę kobiet-lekarek widziałem sam na własne oczy, przez lat parę miałem lekarzem w własnej rodzinie kobietę i na podstawie tego osobistego doświadczenia w interesie prawdy i objektywności musiałbym zaprzeczyć prawie wszystkim twierdzeniom prof. Rydygiera.

A teraz weźmy pod uwagę skalę wymagań, z którą prof. Rydygier się zwraca do kobiet i porównajmy je z tem, co jest w rzeczywistości. Czyż lekarze mężczyźni tej skali odpowiadają? Czyż każdy lekarz wykonywa dzisiaj wszystkie najtrudniejsze, przynoszące zaszczyt dzisiejszej chirurgii, operacye? Wszak z kilkudziesięciu uczniów profesora Rydygiera zaledwie kilku poświęca się chirurgii a i z tych zaledwie mała liczba wyjdzie z czasem dopiero na dzielnych operatorów, gdyż do tego oprócz wiedzy, a nawet zamiłowania potrzeba wrodzonego uzdolnienia, osobnej organizacyi. Tak samo się rzecz przedstawia i z najtrudniejszemi operacyami z zakresu akuszeryi i ginekologii. Wszakże w wyjątkowo trudnych przypadkach w miastach, a nawet profesorowie urządzają konsylia i operują z pomocą asystentów i kolegów; wszakże i dziś, jeżeli się trafia trudny przypadek na wsi, lub w miasteczku prowincyonalnem, albo się wzywa znanych specyalistów, albo, jak w klasie biedniejszej, kobiety giną, niekiedy nawet na ręku lekarza. Lecz inaczej nie jest i być nie może i prawdopodobnie nie będzie, albowiem wobec dzisiejszego stanu nauki lekarskiej i jest niepodobieństwem, ażeby nawet najzdolniejszy lekarz był specyalistą we wszystkich chorobach i posiadał jednakową biegłość we wszystkich rękoczynach. Dlaczegóż tedy tę skalę wymagań stawiać względem kobiety-lekarza?

Na pytanie prof. Rydygiera, w jaki sposób kobieta poradzi sobie na wsi, odpowiedziałem faktami, zaczerpniętymi z rzeczywistości w Rosyi, gdzie kilkadziesiąt kobiet, a kilka znanych mi osobiście, zajmuje posady lekarzy gminnych, gdzie one leczą wszystkich chorych, którzy się zgłaszają, a więc i mężczyzn i gdzie również kiła nie stanowi wyjątku. Jeżeli lekarz-mężczyzna leczy kobiety, to nie rozumiem, co w tem jest tak zdrożnego, że lekarz-kobieta obejrzy lub zbada w pewnych przypadkach mężczyznę.

Jeżeli obok tego, co powiedziałem wyżej, uwzględnimy jeszcze to, że i na polu naukowem pomimo małej liczby poświęcających się nauce, nazwiska kobiet zapisane są poważnie, począwszy od Mme Lachapelle a kończąc na licznych

[3]) l. c.

[4]) l. c.

pracach współczesnych doktorek i przyrodniczek, to z nieubłaganą koniecznością przychodzi się do przekonania, że wszystkie zarzuty prof. Rydygiera nie mają podstawy i są wprost urojonymi.

Pozostaje mi jeszcze jedno pytanie, czy rzeczywiście obecnie są Polki, któreby dążyły do uniwersytetu wogóle a do studyów medycznych specyalnie. Ze sprawozdań uniwersytetów zagranicznych przekonać się o tem trudno z powodu, że Polki figurują w liczbie Niemek lub Rosyanek, ale z prywatnych źródeł, zupełnie wiarogodnych, wiadomo mi, że w roku 1894 tylko na 5 uniwersytetach szwajcarskich było studentek rzeczywistych 275, wolnych zaś słuchaczek 162, razem 437 kobiet, w tej liczbie Polek 41, Szwedek 32, Niemek 23 i Szwajcarek 16. W rzeczywistości liczba Polek, uczęszczających na uniwersytety obce, jest o wiele większą.

Wobec tego już ze względu na dobrze zrozumiany interes naszego społeczeństwa wypadałoby nie wspiętrzać rozmaitych trudności i nie wznosić patetycznych okrzyków „precz z kobietą-lekarzem“, lecz uprzejmie otworzyć podwoje przybytku nauki dla rodaczek, ażeby kość od kości naszej nie poniewierały się na obczyźnie, nie były wystawione na rozmaite przykrości i tęsknotę za krajem i nie wnosiły w łono społeczeństwa po powrocie obcych nam prądów. Dobra sława naszych kobiet na tem ucierpieć nie może, my zaś złożymy dowód dobrych i troskliwych ojców narodu, zapobiegających stracie nawet jednej córy naszego kraju, a nie wątpię, znajdą się z czasem poeci, którzy potrafią opiewać pracę naszych kobiet i ich dążenia do światła nauki równie pięknie, jak dotychczas opiewali ich zalotność i wdzięki zewnętrzne.

VII. † Wspomnienie pośmiertne.

Często, nadzwyczaj często donosimy o śmierci kolegów w pełni sił i wieku, nierzadko dodając, iż padli w spełnianiu obowiązków ciężkich swego zawodu. To też tem przykrzej przychodzi nam dziś zapisać śmierć aż trzech kolegów i to śmierć z tej samej choroby, duru osutkowego. Jakie zaś wrażenie śmierć ich wywołała, świadczą słowa *Gazety lwowskiej:* „Na posterunku wobec skrytego wroga, który corocznie szerzy pomór między ludnością naszego kraju, jednocześnie pada trzech pracowników, którzy mieli śmiałość stanąć do walki z chorobą, nie znającą litości dla ofiar swoich, chorobą, która w szeregach lekarskich corocznie większe czyni szczerby, niż w wojnie kula broni morderczej. Trzy życia zabrała naraz w sile wieku, w zapale do pracy; trzy rodziny niedawno szczęśliwe ciężka pokrywa żałoba. Jeden młody adept zawodu lekarskiego, który jeszcze nie miał czasu otrzymać stopnia akademickiego, zginął na progu swej działalności a obok niego padło dwóch wytrawnych, zdolnych, energicznych pracowników, co niejedne już przebyli burzę i nieraz śmierci w oczy zaglądali.

O pierwszym z nich pisze nam kol. Dr. Mieczysław Hirschler, lekarz powiatowy w Buczaczu: W dniu 10-tym b. m. zmarł czasowy lekarz choleryczny, Drd **Wacław Bohm** na dur osutkowy w Jazłowcu, gdzie też przy współudziale przedstawicieli Władz i wszystkich warstw społeczeństwa został pogrzebany, pozostawiając wdowę i sierotę. W ciągu swej 6-cio miesięcznej czynności lekarskiej wśród groźnego wystąpienia cholery w tutejszym powiecie położył zmarły swą niezmordowaną pracą i gorliwem spełnianiem obowiązków niespożyte zasługi dla ludności i pozyskał sobie ogólną miłość, zaufanie i szacunek. Gdy w jednej z przydzielonych zmarłemu miejscowości wybuchł obok cholery także i dur osutkowy, pielęgnował śp. Wacław i tych chorych z wrodzoną sobie gorliwością bez względu na własne bezpieczeństwo; w ten sposób zaraził się tyfusem i padł ofiarą swego powołania w młodzieńczym wieku, zanim jeszcze owoców swej pracy mógł zakosztować. Cześć jego zacnej pamięci!

Drugim jest Dr. **Ferdynand Cassina**, który otrzymał stopień doktora w r. 1866, był asystentem Uniwersytetu w Krakowie, następnie lekarzem powiatowym w Tarnobrzegu; w r. 1872 powołany do biura sanitarnego Namiestnictwa, około 3 lat prowadził to biuro w zastępstwie chorego, później zmarłego ówczesnego protomedyka. W r. 1875 mianowany członkiem kraj. Rady zdrowia, w której aż do końca życia najgorliwiej pracował. W r. 1878 objął posadę lekarza powiatowego w Przemyślu a w r. 1893 powołany został jako inspektor sanitarny z powodu grasującej w kraju cholery, przyczem nader cenne położył zasługi w miejscach najbardziej zagrożonych. W tym urzędowym charakterze wysłany został z powodu grasującej epidemii cholery i tyfusu, dla których doktorand Böhm był na miejscu z urzędu pozostawionym. Wyjechawszy na inspekcyą do Stadnicy w powiecie buczackim zaraził się tamże durem osutkowym i umarł w dniu 15 b. m.

W sobotę dnia 16 b. m. odprowadzono zwłoki śp. Dra Cassiny na miejsce wiecznego spoczynku. Za trumną, tuż za rodziną postępował JE. p. Namiestnik Kazimierz hr. Badeni, oraz licznie zebrani koledzy biurowi i zawodowi ś. p. Dra Cassiny, pragnąc w ten sposób oddać ostatnią cześć zasługom zacnego lekarza, który padł ofiarą twardego obowiązku.

Trzecim jest Dr. **Antoni Janiszewski**, c. k. lekarz powiatowy w Kamionce Strumiłowej, o którego śmierci donieśliśmy już w ostatnim nrze a o którym pisze nam kol. W. A. Gl.:

Od najmłodszych lat skazany na samopomoc, pierwszy zawsze między rówieśnikami tak w gimnazyum w Brzeżanach, jak następnie w gimn. św. Anny w Krakowie, które ukończył w 1874, wstąpiwszy potem na wydział lekarski Uniw. Jagiell. był prawdziwym wzorem i przykładem jak lata uniwersyteckie przepędzać należy. Niezłomna wola, piękny i prawy charakter, wygórowane poczucie obowiązku jednały mu uznanie i serca wszystkich kolegów. Wszystkie te przymioty wniósł do zawodu swego, któremu oddawał się z całem zamiłowaniem. Jakim był uczniem, takim i lekarzem obywatelem, a jak życie jego było tego dowodem, tak i śmiercią na polu walki, jakby chciał pokazać, że pozostał zasadom życia wiernym aż do grobowej deski. Czy mu ziemia lekką będzie, nie wiem; że zostawił na niej wspomnienie zacnego człowieka, wzorowego lekarza i drogiego kolegi — to pewna. Niech tych słów kilka, ręką kolegi i przyjaciela gimnazyalnego i uniwersyteckiego z głębokim żalem pisanych będzie wspomnieniem po nieodżałowanym Drze Antonim Janiszewskim!

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Lutego 1895.

— Najjaśniejszy Pan nadał Drowi Trzebickyemu, docentowi prywatnemu chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim, tytuł profesora nadzwyczajnego.

Warszawa 12. Lutego 1895.

— Posiedzenie poświęcone uczczeniu pamięci członka honorowego i pierwszego sekretarza stałego warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, ś. p. **Wiktora Feliksa Szokalskiego**, rozpoczął prezes prof. Baranowski od wyjaśnienia, dlaczego posiedzenie to odbywa się dopiero teraz, pomimo iż ś. p. Szokalski zmarł przed 4 laty. Zaraz po śmierci postanowiło Towarzystwo lekarskie uczcić pamięć zmarłego przez wystawienie mu pomnika w jednym z kościołów warszawskich i posiedzenie uroczyste. Gdy Towarzystwo zwróciło się do władzy duchownej o wyznaczenie kościoła, w którym by można umieścić popiersie zmarłego, przeznaczono na ten cel kościół św. Aleksandra.

Kościół ten był w tym czasie przebudowywany kompletnie, nie można więc było przed ukończeniem robót pomnika umieszczać; dopiero dziś (12. Lutego) nastąpiło poświęcenie pomnika.

Uroczystość nic nie straciła na odłożeniu, ponieważ w pierwszej chwili po zgonie więcejby zwracano uwagi na stronę uczuciową; tymczasem przy ocenianiu zasług tej miary nie sentyment powinien grać główną rolę. Następnie po bardzo ciepłem skreśleniu życiorysu zmarłego i odczytaniu depesz od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i od redakcyi *Przeglądu lekarskiego* oddał przewodniczący głos koledze Drowi Dobrzyckiemu, który zaczął od zaznaczenia zasług zmarłego dla warszawskiego Towarzystwa lekarskiego. Gdy ś. p. Szokalski w r. 1853. powrócił z za granicy do kraju, zastał ruch naukowy w zupełnym letargu; uniwersytetu w Warszawie wówczas nie było. Szokalski zostawszy członkiem Towarzystwa, potrafił wzbudzić zainteresowanie się kolegów dla tego ruchu, który wrzał za granicą, potrafił zrobić z Towarzystwa owo *centrum*, które zastępowało uniwersytet. Nie było działu wiedzy, którymby się nie zajmował, przemawiał prawie na każdem posiedzeniu, zachęcał młodych do pracy, nie imponując im wcale swoją kolosalną erudycyą. Postarał się o to, żeby Towarzystwo lekarskie w sprawie uzdrowotniania ludu szło ręka w rękę z Towarzystwem rolniczem. To też Towarzystwo już w roku 1857. stworzyło dla niego nowy, najzaszczytniejszy urząd — sekretarza stałego, na którym lat 35 pozostawał.

Ponieważ z powodu zamknięcia uniwersytetu aleksandrowskiego terminologia lekarska polska wcale nie była ustalona, terminy z przed 31. roku wobec olbrzymiego postępu nauki nie wystarczały; sekcya lekarska Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu nie wiele w tej mierze zrobić mogła, w akademii wileńskiej wykłady odbywały się przeważnie w języku łacińskim, uniwersytet krakowski przechodził też wtedy rozmaite fazy. Szokalski zapoczątkował i był jednym z najczynniejszych przy ustalaniu słownictwa polskiego.

Jeżeli się nam wydaje, że dzisiejszy nasz język naukowy stopniowo się urabiał w miarę postępu nauki, to nie jest tak; w znacznej części jest to zasługą Szokalskiego, który potrafił nader trafnie dobierać i tworzyć wyrazy. On też wpłynął na formowanie się terminologii chemicznej i pierwszy zaczął łączyć przyrodników z lekarzami, przez co oczywiście obie strony wiele zyskać musiały.

On był tym, pod którego kierownictwem powstał dom, w którym się mieści Towarzystwo lekarskie warszawskie, on kierował budową instytutu oftalmicznego, on ogromne zasługi położył około ukonstytuowania się kasy pomocy dla podupadłych lekarzy, wdów i sierot po nich pozostałych, nie zaniedbując przytem ani naukowej ani lekarskiej czynności, słowem, na każdym punkcie spotykamy się z nazwiskiem Szokalskiego.

Następnie przemawiał kolega Gepner, który przedstawił działalność Szokalskiego jako specyalisty za granicą (założenie w Paryżu Towarzystwa okulistycznego niemieckiego w imię wspólności nauki); stan okulistyki w Warszawie przed przyjazdem Szokalskiego (operacye wykonywał w szpitalu specyalista sprowadzony z zagranicy) i działalność jego jako nauczyciela i lekarza.

Przemawiał jeszcze Dr. Zygmunt Kramsztyk, który przypomniał, że Szokalski odkrył zmysł mięśniowy i że on jeden z pierwszych zajmował się teoryą barw.

— W dniu 20. Lutego b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Bujwid podał swoje badania nad błonicą i morfologią jej zarazka, wytwarzaniem toksyn i ich własnościami oraz badania nad wytwarzaniem surowicy przeciwbłoniczej (z demonstracyami). Następnie kol. Raczyński mówił o rozpoznawaniu błonicy kliniczno-bakteryologicznem i różnicach w jadowitości zarazka. W dyskusyi przemawiał kol. Jeż i kol. Bujwid.

— Znanego ziomka naszego, E. Fingera w Wiedniu dzieło o chorobach wenerycznych wyszło temi dniami w tłómaczeniu francuskiem dokonanem przez Doyona i Spillmanna.

— Na dwóch pierwszych posiedzeniach naukowych grona lekarzy szpitala św. Łazarza, odbytych dnia 26. Stycznia i 18. Lutego b. r. odbyły się następujące odczyty i demonstracye a mianowicie na pierwszem: 1) Dr. Haim omówił pod względem klinicznym i bakteryologicznym przypadek płonicy powikłanej z błonicą, spostrzegany i leczony w oddziale chorób zakaźnych. 2) Dr. Siedlecki przedstawił uwagi godny przypadek niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Na drugiem zaś: 1) Dr. Kośmiński przedstawił 10-dniowego noworodka, okazującego po jednym nadliczbowym palcu u rąk i u nóg. 2) Tenże przedstawił chorą z osteomalacyą w wysokim stopniu rozwiniętą i objaśnił najnowsze sposoby leczenia tej choroby. 3) Tenże wyłożył sposób leczenia Thure-Brandta i wykonał na chorej tym sposobem leczonej najważniejsze manipulacye lecznicze. 4) Dr. Milewski przedstawił chorą z chorobą Basedowa, leczoną z widocznym skutkiem przez podawanie substancyi gruczołu tarczykowego. 5) Dr. Rutkowski miał obszerniejszy odczyt o zapaleniu wyrostka robaczkowatego (*appendicitis*), przyczem przedstawił chorą operowaną z przyczyny tego cierpienia w oddziale prof. Obalińskiego.

— Otrzymaliśmy broszurę niemiecką: *Einige Bemerkungen zu dem neuen Strafgesetzentwurfe III. Teil V. Hauptstück vom Standpuncte des Hygienikers. Wien 1895*, napisaną przez Dra Poniklę, dyr. szpitala św. Łazarza przy współudziale Dra F. Bujaka c. k. radcy sądowego. W broszurze tej roztrząsa autor kilkanaście paragrafów projektu kodeksu karnego, mających higieniczną i zdrowotno policyjną doniosłość, porównywa ich brzmienie z odpowiedniemi paragrafami dawnego kodeksu karnego i czyni krytyczne uwagi pod względem higienicznym, proponując pewne zmiany w stylizacyi kilku paragrafów. Projekt nowego kodeksu karnego jest właśnie obecnie przedmiotem obrad Rady państwa.

— Dr. Józef Zawadzki w Warszawie (ulica Solna Nr. 21) zawiadamia, iż redakcya pisma *Centralblatt für innere Medicin* zaprosiła go na sprawozdawcę z piśmiennictwa lekarskiego polskiego i z tego powodu upraszа autorów prac oryginalnych z zakresu chorób wewnętrznych i medycyny teoretycznej o nadsyłanie prac swych i odbitek pod wskazanym adresem.

— Zakład pasteurowski w Paryżu wysyła od 10. Lutego, jak już donieśliśmy, surowicę przeciwbłoniczą po trzy franki za flaszeczkę zawierającą 20 cm.^{3} i daje 25% rabatu aptekarzom. Od Września roku zeszłego wysłano dotychczas koło 50.000 porcyj surowicy leczniczej.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 7-mym. W. Jaworski: Przypadek otrucia ołowianego z kilkoma bardzo rzadkiemi objawami. Z. Perkahl: O tyfusie miejscowym. F. Wychowski: Epidemia cholery azyatyckiej w osadzie Dobrzyniu nad Drwęcą (w gub. płockiej) w Sierpniu i Wrześniu r. 1894. L. Gosztowt: Rak pęcherzyka żółciowego i wątroby o niezwykłym przebiegu. W *Medycynie* Nrze 7-mym Wł. Palmirski i Wacław Orłowski: Próba indolowa w hodowlach drobnoustrojów błonicy. E. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci. W *Nowinach lekarskich* w zeszycie Lutowym. J. Wieczkowski: O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, plwocinach i moczu. M. Misiewicz: Nowoczesne poglądy szkoły neckerowskiej na tak zwany prostatyzm. A. Jaruntowski: Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych (dokończenie). W. Sobierański: Nowsze badania nad farmakologią żelaza.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Kossowie w Galicyi, rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Zabiu. Pensya roczna 500 złr. i ryczałt na podróże 400 złr. w. a. Podania wnosić należy do 4. Marca 1895.

Redakcya otrzymała:

J. K. Chmielewski: Nieskolko nabludenij nad snotwornim diejstwiem trionala, chloraloza i somnala. (Odbitka z *Medicinskoe Obozrenie*).

R. Spira: Przypadek urazowego zapalenia poprzecznej zatoki żylnej w następstwie otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego. Wyleczenie. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

L. Wachholz: Sekcya sądowo lekarska, protokół i orzeczenie. (Z *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* wydawanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Józef Zawadzki: O zaparciu stolca oraz o tak zwanej chorobie Glenarda. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Tenże. Schwefelwasserstoff im erweiterten Magen. (Odbitka z *Centralblatt für innere Medicin*).

J. Luxemburg i J. Zawadzki. Ein Fall von Ulcus ventriculi rotundum auf Grund syphilitischer Gefässerkrankung. (Odbitka z *Wiener med. Presse*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 231.
1895.

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 8. Stycznia 1895. L. 72281. rozpisuje Magistrat jako Zarząd szpitala powszechnego w Stanisławowie konkurs celem obsadzenia posady sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Stanisławowie z płacą roczną 400 złr. pomieszkaniem wolnem w szpitalu powszechnym, opałem i światłem z obowiązkiem mieszkania w budynku szpitalnym.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę mają wykazać:

1) metryką, że nie przekroczyli lat 40.

2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich nabytym na wszechnicy austryackiej;

3) praktyką lekarską szpitalną;

4) dowodem obywatelstwa austryackiego;

5) znajomością języków krajowych.

Podania należy wnosić do Prezydyum Magistratu Stanisławowskiego w terminie **do 1. Marca 1895.**

Magistrat jako Zarząd szpitala. 71—2—1

Stanisławów dnia 9. Lutego 1895.

Dr. Nimhin.

DO NABYCIA
we wszystkich księgarniach
następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy
dla osób pracujących na polu naukowem
lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

***Juliusz Cohnheim.* Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. V, 330, 20. — Cena rs. 5.

***S. Jaccoud.* Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III str. 961. — Cena rs. 2.

***A. Baginsky.* Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883 dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

***H. Haeser.* Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 386 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

***A. Korneliusz Cels.* O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

***Cybulski Napoleon,* prof. Fizyologia człowieka,** wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa. 1891 w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

***Fryderyk Sander.* Zarys nauki o Publicznej ochronie zdrowia,** według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — **Cena rs. 1 kop. 50.**

***Dawid Wassercug.* Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine*, wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H Rogera. przekład Ad. Ciąglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

***Wł. Oltuszewski.* Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

***Wł. Biegański.* Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 2. Marca 1895 r. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmuje Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 160. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie.

Uwagi kliniczne i bakteryologiczne nad błonicą.

Podał

Dr. Jan Raczyński,
asystent kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.

Ogromne postępy nauki w ostatnich czasach a zwłaszcza bakteryologii przyczyniły się w wysokim stopniu do zmiany zapatrywań na pojęcie pewnych chorób, na ich etyologią i patogenezę. Do tych chorób należy przedewszystkiem błonica. Cofnięcie się myślą wstecz, choćby o kilka lat tylko, przekona nas dowodnie, jak wielki postęp zrobiła nauka w rozjaśnieniu pojęcia błonicy, jak oddaleni jesteśmy od zapatrywań, których jeszcze przed niedawnym czasem byliśmy wyznawcami. Przyznać też należy, że nie było więcej może zawiłego, niejasnego i nieokreślonego pojęcia, jak dytterya; weźmy tylko pod uwagę tę stale wyłaniającą się a nigdy nie rozstrzygniętą kwestyę, czy dyfterya jest chorobą „ogólną“ czy „miejscową“; przyznajmy, że ścisłe rozpoznanie błonicy było nieraz dla najwprawniejszego klinika wprost niemożliwe, że niejednokrotnie uważał on za błonicę sprawę niebłoniczą, niejednokrotnie pomijał błonicę uważając ją za inne cierpienie. Wiadomości nasze nie sięgały poza kres postawiony przez Bretonneaua i Trousseaua. Usiłowanie Virchowa ustalenia pojęć przez podstawienie tła anatomicznego, przez wyróżnienie błon powierzchownie leżących i spraw w głąb drążących klinikowi nic nie wyjaśniło i nie ułatwiło rozpoznania.

Jeśli jeszcze mimochodem wejrzymy w tę terapię, błądzącą między środkami stósowanemi a sposobami ich stósowania, pojmiemy, jakie panowało zamięszanie pojęć, pojmiemy także znaczenie odkrycia prątka Löfflera, znaczenie tem większe, że prawdopobnie połączone z korzyściami terapeutycznemi.

W r. 1884. wykrył Löffler w 8 przypadkach błonicy swój prątek a Klebs już rok wcześniej wykazał go w błonach i uważał za wywołującego błonicę. Cały szereg badaczy późniejszych potwierdził to odkrycie a wreszcie klasyczne prace Rouxa i Yersina usunęły ostateczne wątpliwości i wprowadziły sprawę na nowe tory.

Nie mam zamiaru kreślić historycznego poglądu na tę sprawę, nie myślę także przytaczać lub odpierać wszystkich zarzutów, jakie wytoczono przeciw uznaniu prątka Löfflerowskiego za przyczynę błonicy. Zostawimy wreszcie na boku także morfologią i biologią samego prątka; chciałbym natomiast zastanowić się nad stósunkiem prątka Löfflera do błonicy jako choroby, dalej nad znaczeniem drobnoustrojów wykrytych obok prątków Löfflera, wreszcie nad siłą jadu w rozmaitych przypadkach z osobna a to na podstawie dotychczasowych badań cudzych, jak wreszcie kilkudziesięciu przypadków błonicy, leczonych w szpitalu św. Ludwika, które dzięki Wmu profesorowi Bujwidowi mogłem zbadać bakteryologicznie.

I.

Chcąc rozpatrywać etyologią błonicy, musimy przedewszystkiem klinicznie rozróżnić 1) b ł o n i c ę s a m o i s t n ą, p i e r w o t n ą i rozumieć przez to pojęcie tę chorobę, która samoistnie się rozwija a której wyrazem najuchwytniejszym są błony wrzekome; 2) b ł o n i c ę n a s t ę p o w ą, do której zaliczymy inne sprawy dyfterytyczne na błonach śluzowych (w p o j ę c i u a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e m), przydarzające się najczęściej w przebiegu płonicy. Pierwszą nazywamy zwykle błonicą w pojęciu Bretonneaua. Podział ten ma doniosłe znaczenie z tego względu, że pierwsze prace i odkrycie Löfflera dokonane zostały na tej błonicy pierwotnej, do-

świadczenia zaś następców wykazały, że w błonicy następowej n. p. płoniczej, prątków tych nie spotykamy; mimo podobnego obrazu anatomicznego i klinicznego mają one inne tło, inną etyologią.

Przypadki więc swoje musimy także podzielić na dwa działy, zaliczając do pierwszego przypadki błonicy pierwotnej, do drugiego przypadki zajęcia gardła w przebiegu płonicy; w miarę bowiem zgłaszania się chorych do szpitala św. Ludwika, badano bakteryologicznie tak jedne jak drugie.

Sposób postępowania przy badaniu bakteryologicznem jest bardzo prosty, stósownie wygiętemi a poprzednio wysterylizowanemi szczypczykami zdejmuje się mały kawałeczek błony wrzekomej z chorobowo zajętego gardła i opłukawszy go w sterylizowanej wodzie szczepi się na odpowiednią pożywkę. Co do pożywek, to mimo tego, że szczepienie na surowicy stósownie przyrządzonej jest do bakteryologicznego wykazania błonicy daleko łatwiejsze, używałem pożywki z agaru glicerynowego a później surowiczego z tego względu, że pożywka ta, będąca także dobrem podłożem dla innych towarzyszących błonicy drobnoustrojów, daje nam dokładniejszy obraz do badania.

Przytem nie pomijano także w znacznej części przypadków poszukiwania prątków w błonach na preparacie przez roztarcie tychże błon uzyskanym.

Ogółem badanych było przypadków 47; z tego przypadków błonicy pierwotnej w pojęciu Bretonneaua 35 i 12 przypadków schorzenia gardła w przebiegu płonicy.

Wyniki badania z przypadków pierwszej kategoryi zestawiono w poniżej umieszczonej tablicy; co do drugich nie przytaczam dat szczegółowych, tylko zaznaczyć muszę, że na 12 przypadków tej kategoryi nie wykazano ani razu prątków Löfflera, natomiast znachodzono stale paciorkowiec a czasami gronkowiec.

Ten wynik badania potwierdza okoliczność poprzednio przez Heubnera [1]), Eschericha [2]) i wielu innych badaczy wykazaną, że w schorzeniu gardła w przebiegu płonicy prątki dyfterytyczne stale nie biorą udziału, że ta sprawa nie zostaje w żadnym związku z pierwotną, samoistną błonicą tak, jak ją dzisiaj pojmujemy. Słusznem też jest, aby idąc za Baginskym wyróżnić także klinicznie to schorzenie płonicze gardła i nie nazywać go błonicą, lecz zapaleniem gardła płoniczem, z obumarciem, *angina scarlatinosa, necrotica*.

Wyniki badania przypadków pierwszej grupy przedstawia załączona tablica:

[1]) Heubner: Ueber Diphtherie. Anal. Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXVI.
[2]) Escherich: Ueber Aetiologie und Pathogenese d. Diphtherie b. Ferd. Enke 1894.

Błonica pierwotna w pojęciu Bretonneaua:

Liczba porz.	Dzień przyjścia i szczepienia	Imię i Nazwisko	Dzień choroby	Wiek	Stan obecny miejsc.	Wynik szczepienia	Najwyższa ciepłota	Powikłania	Zejście
1.	29. Września	Maryan Dobrzański	3.	2 lata	szaro-żółte naloty na obu migdałkach i języczku	Löffler i streptokoki	39·1	obrzęk gruczołów	ulecz. 7. Paźdz.
2.	7. Paźdz.	Marya Krzyciarzówna	2.	9 mies.	na wargach, podniebieniu miękkiem i tylnej ścianie przełyku szaro-zielone naloty	dużo streptokoków, skąpo Löffl.	37·2	znaczny obrzęk gruczołów	śmierć 9. Paźdz.
3	8. Paźdz.	Beila Engelhardtowna	—	1½ roku	niewielkie zmiany w gardle, *laryngitis crouposa*	Löffl., strept. i stafil.	39·6	*laryngitis crouposa, bronchitis crouposa*	śmierć 10. Paźdz.
4.	8. Paźdz.	Marya Rzepecka	2.	4 lata	na obu migdałkach i języczku szare naloty, *laryngitis crouposa*	Löffl. i strep.	40	*laryngitis crouposa, nephr., bronchitis croup., album.*	śmierć 11. Paźdz.
5.	11. Paźdz.	Z. Porębska	5.	9 lat	błony szaro-żółte, cienkie na obu migdałkach	brak Löffl., tylko skąpe streptokoki i stafilok. obficie	37·9	—	ulecz. 21. Paźdz.
6.	13. Paźdz.	Mar. Karwaczykowna	—	3½ roku	na łukach i tylnej ścianie naloty	Löffl. i strept.	38·3	dnia 23. Paźdz. *adv. scarlat.*	śmierć 25. Paźdz.
7.	15. Paźdz.	Piotr Radwan	3.	4 lata	na obu migdałkach, języczku i wardze dolnej szaro-żółte naloty	Löffl. i stafilok.	38·5	obrzęk gruczołów, *albumin.*	ulecz. 24. Paźdz.
8.	19. Paźdz.	Józefa Grabcusowna	4.	1½ roku	szaro-zielone naloty dość rozległe, cuchnienie z ust	brak Löffl., tylko strept. i stafilok.	36·7	obrzęk gruczołów	ulecz. 4. List.
9.	24. Paźdz.	Em. Berger	2.	1½ roku	szare, obfite naloty, *laryngitis crouposa*	łatwe do wyosobn. prątki Löffl. i strept.	39·2	*bronchitis crouposa i broncho-pneum.*	śmierć 25. Paźdz.
10.	22. Paźdz.	Jadwiga Świtalska	6.	4 lata	w gardle ustępujące już naloty, objawy krupu	brak Löffl., prawie czyste stafilok. i streptok.	39·1	*pneum. croup.*	ulecz. 10. List.

Liczba porz.	Dzień przyjęcia i szczepienia	Imię i Nazwisko	Dzień choroby	Wiek	Stan obecny miejsc.	Wynik szczepienia	Najwyższa ciepłota	Powikłania	Zejście
11.	28. Paźdz.	Chaim Klapholz	2.	1 rok	rozległe, szare naloty, krup.	dużo prawie zupełnie czyst. pr. Löffl.	39·6	*bronchitis crouposa, broncho-pneum.*	śmierć 29. Paźdz.
12.	30. Paźdz.	Gotzel Sonnenblick	$4^1/_2$	$1^1/_2$ roku	obłoczkowate, skąpe naloty, krup.	dużo streptokoków, stafilokoków i mało Löffl.	38	*bronchitis croup.*	śmierć 31. Paźdz.
13.	30. Paźdz.	Abraham Zygmunt	2.	$2^1/_2$ roku	na obu migdałkach naloty szare	dużo Löffl. obok strept.	38·6	—	ulecz. 7. Listopada
14.	2. List	Marya Rosowna	3.	10 lat	rozległe, grube, łatwo odpadające błony krup.	dużo Löffl. obok skąpych tylko strept.	39	*laryng. croup. (cricotrach.)* porażenie mięśni podnieb.	ulecz. 18. List.
15.	3. List.	Marya Długoszowna	4.	$1^1/_2$ roku	małe zmiany w gardle, zwężenie krtani	bardzo skąpo Löffl., dużo strept. i stafil.	38·7	—	ulecz. 12. List.
16.	8. List.	Szyja Glaserowna	3.	$4^1/_2$ roku	tylko małe naloty na tylnej ścianie, krup.	skąpo prątki Löffl., stafilok. obfite	38·6	*laryng. croup., intub.*	ulecz. 12. List.
17.	8. List.	M. Niewiadomska	1.	10 mies.	brudno zielone naloty rozległe	Löffl. dużo obok strept.	39·9	*rhinitis diphth.*	śmierć 10. List.
18.	20. List.	Franciszek Sarnek	3.	9 lat	rozległe naloty, stenoza	łatwo do wyosobn. obfite Löffl., mało strept.	38·7	—	ulecz. 30. List.
19.	26. List.	Marya Herbowna	—	6 lat	oba migdałki i języczek zajęte szarą błoną	prawie czyste Löffl. trochę strept.	38·2	*stenosis, intub.*	ulecz. 16. Grudnia
20.	4. Grud.	Wincenty Wyżga	3.	5 lat	na obu migdałkach cienkie naloty, krup.	dużo Löffl., skąpo strept.	39·1	*laryng. croup. cricotrach.*	ulecz. 23. Grudnia
21.	4. Grud.	Franciszek Brablec	2.	6 lat	na obu migdałkach grube naloty	dużo stafilok., mało Löffl.	38·1	—	ulecz. 10. Grudnia
22.	7. Grud.	Stanisław Pers	—	$1^1/_2$ roku	rozległe zmiany w gardle i błonie	obficie Löffl. obok strept.	39·7	*laryng. croup., intub. pneumonia*	śmierć 22. Grudnia
23.	12. Grud.	Stefania L.	5.	$3^1/_2$ roku	szarozielone, rozległe naloty	bardzo dużo strept., skąpo Löffl.	40·1	*laryng. et bronchit. croup., intub., cricotr.*	śmierć 12. Grudnia
24.	17. Grud.	M. Korzeniowska	3.	$3^1/_2$ roku	rozległe, szare naloty	łatwy do wyosobn. Löffl. obok strept.	39·9	*bronch. croup.*	ulecz. 18. Grudnia
25.	13. Grud.	Josel Geller	—	$2^1/_2$ roku	ustępujące błony na tylnej ścianie	skąpo Löffl., strept. i stafilok.	40·5	*laryng. et bronchit. croup., cricotrach.*	śmierć 17. Grudnia
26.	23. Grud.	Salomon Groner	5.	$2^1/_2$ roku	powierzchowne, szare, cienkie naloty	znaleziono Löffl. i strept.	39·7	*laryng. et bronchit. croup.*	śmierć 24. Grudnia
27.	30. Grud.	Berta Blaszkowitzowna	5.	$8^1/_2$ roku	rozległe, szarozielonawe naloty, krup.	prawie czysty pr. Löffl.	38·6	*laryng. croup., intub.*	ulecz. 9. Stycznia
28.	1. Stycz. 1895.	Antoni Sowiński	3.	2 lata	naloty na obu migdałkach i tylnej ścianie	dużo Löffl., łatwy do wyosobn. strept.	39·7	*laryng. et bronchit. croup., intub., cricotr.*	śmierć 12. Stycznia
29.	6. Stycz.	Scheindla Englowna	—	6 lat	na lewym migdałku szary nalot, krup.	Löffl. obok stafil. i strept.	38·6	*laryng. croup. intub.*	ulecz. 14. Stycznia
30.	7. Stycz.	Juda Hochstim	2.	3 lata	na obu migdałkach żółtawe naloty	znaleziono Löffl. i stafil.	39·1	*laryng. croup. intub.*	ulecz. 21. Stycznia
31.	15. Stycz.	Ruchla Goldzahlowna	—	$2^1/_2$ roku	rozległe naloty i zwężenie	Löffl. i strept.	39·7	obrzęk gruczołów zwężenie	śmierć 16. Stycznia
32.	16. Stycz.	Wiktor T.	3.	$2^1/_2$ roku	Języczek i migdałki szarozielonawe naloty	Löffl. i strept.	39·2	obrzęk znaczny gruczołów	śmierć 19. Stycznia
33.	24. Stycz	Józef Frieser	3.	4 lata	małe zmiany w gardle, zwężenie	dużo stafil. i strept., mało Löffl.	39·3	*intub.*	śmierć 1. Lutego
34.	26. Stycz.	Jan Pączek	2.	4 lata	bardzo rozległe zmiany w gardle	dużo Löffl. i strept.	39·4	gruczoły obrzm.	ulecz. 9. Lutego
35	29. Stycz.	Wład. Bierzyński	—	$5^1/_2$ roku	na lewym migdałku nalot szary	Löffl. i stafil.	38·2	—	ulecz. 10. Lutego

Jak z powyższej tablicy widzimy, na 35 przypadków klinicznie rozpoznanej błonicy samoistnej, wykryto 32 razy swoisty prątek Löfflerowski, w 3 zaś przypadkach prątka tego nie znaleziono.

Ten wynik ujemny badania bakteryologicznego w tych 3 przypadkach odnieść należy prawdopodobnie do tej okoliczności, że z powodu późnego zgłoszenia się tych chorych badano w późnym okresie choroby, już po kilku (4—6) dniach jej trwania a wiadomo, że prątek Löfflerowski znachodzi się najobficiej w pierwszych dniach w błonach świeżo wytworzonych. Nie można jednak wykluczyć, czy wynik ten ujemny nie pochodzi ztąd, że skutkiem braku wprawy popełniono jakiś błąd w samej manipulacyi szczepienia lub wyszukiwania prątków. Ujemny ten wynik przydarzył się właśnie trzy razy w pierwszych 10 przypadkach a błąd ten popełniają widocznie wszyscy przy badaniu pierwszych przypadków; dowodem tego pierwsze i późniejsze wyniki Baginskyego, Eschericha i t. d.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z pracowni zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O działaniu fizyologicznem wyciągów z nadnercza.

Podał

Prof. W. A. Gluziński.

I.

Sprawa wyciągów, w rozmaity sposób przyrządzanych z rozmaitych narządów zwierząt, budzi coraz więcej zajęcia tak z punktu chemicznego, jak również dla ich działania fizyologicznego, a nawet leczniczego. Przez usuwanie zwierzętom pewnych organów z jednej strony i badanie zmian, jakie w funkcyach organizmu powstały, przez badanie działania wyciągów narządów pewnych, zaczynamy poznawać funkcye i znaczenie pewnych organów, których czynności dotąd były okryte tajemnicą, a nie jedną cegiełkę w tej nowowznoszącej się budowie dorzuciła patologia, stwierdzając zdobyte fakta doświadczeniem na zwierzęciu lub pobudzając do nowych badań. Dość wspomnieć w tym względzie o pracach nad trzustką i stosunku jej do cukrówki moczowej, o gruczole tarczykowym i związku z *cachexia strumipriva*, *myxoedema* i t. d., o wpływie schorzenia *glandula pituitaria* lub jego sztucznego usunięcia na organizm i t. d.

Drogą tą idąc, przekonywamy się coraz więcej o poważnem znaczeniu wprost dla życia zwierzęcia i n a d n e r c z a. Wprawdzie od lat organ ten nie był obojętnym dla patologa, dość wspomnieć o stosunku jego do choroby A d d i s o n a. Wynikiem jednak dopiero ostatnich czasów, drogą wyłuszczenia tych narządów, zrobiliśmy krok ważny naprzód do poznania znaczenia tego narządu. Wprawdzie i dziś jeszcze nie możemy wypowiedzieć stanowczego zdania, czy organ ten jest niezbędnym dla życia, jak chcą zwolennicy tego poglądu (B r o w n - S é q u a r d, A b e l o u s i L a n g l o i s, A l b a n e s e, M a r i n o - Z u c c o i inni) lub też nie, lecz nawet zwolennik tego ostatniego zapatrywania P a l, któremu udało się utrzymać psa po wyjęciu mu obydwóch nadnerczy przez 4 miesiące i 12 dni przy życiu, podnosi, *dass in Folge des in Rede stehenden Eingriffes eine schwere Ernährungsstörung auftritt, welche aber das Thier überwinden kann.*

Nie wchodząc na razie w ściślejsze tłómaczenie spostrzeganych faktów, nie rozbierając słuszności poglądów A b e l o u s a i L a n g l o i s, którzy widzą w nadnerczu narząd produkujący pewne materye, które neutralizują znów pewne trucizny wytwarzające się w organizmie n. p. wskutek czynności mięśni, a więc przeszkadzający samozatruciu organizmu, chcę wspomnieć w niniejszym komunikacie o jednem spostrzeżeniu, które przy dalszych badaniach dla rozjaśnienia i tej strony poruszonego przedmiotu przyczynić się może.

Zajęty od pewnego czasu badaniami nad wyciągami, przyrządzanymi z rozmaitych narządów, jako to z gruczołu tarczykowego, grasicy, śledziony, wątroby, trzustki, rdzenia i nadnercza, zauważyłem, że glicerynowy wyciąg nadnercza zastosowany zwierzętom z u p e ł n i e z d r o w y m, t. j. żabom, świnkom, królikom działa n a d z w y c z a j t r u j ą c o, bez porównania silniej trująco, niż wyciągi wszelkich innych narządów, szczególnie gdy się go zastosuje wprost do żył.

Wyciąg ten przyrządzałem w sposób następujący. Nadnercze wyjęte ze świeżo zabitego zwierzęcia (wołu, cielęcia, świni, psa, królika) ze wszelkiemi ostrożnościami aseptyki po obkrajaniu powierzchownych warstw i zważeniu ucierało się przy pomocy drobno utłuczonego szkła na miazgę, na którą nalewało się mieszaninę równych części gliceryny i wody w stosunku 1:4. Mieszanina ta stała 8—12 godzin w chłodnem miejscu, następnie przesączano ją przez szklanną wełnę, a w końcu przez bibułę sterylizowaną. Otrzymany w ten sposób płyn przesączony, barwy szaro-bladej, nieco w różowy wpadający służył do doświadczeń.

Wstrzykiwania uskuteczniałem małą strzykawką Pravaza dobrze sterylizowaną do jednej ze żył ucha.

Siłę toksyczności podobnie przyrządzonego ekstraktu możemy ocenić, jeżeli wspomnę, że 0·3—1 gram wstrzyknięte do żyły, jest w stanie przyprawić o śmierć królika wagi 1.500 gr. w przeciągu kilku minut, gdy z podobnie przyrządzonego wyciągu śledziony, trzustki i t. d. zastósowane 6—8—12 grm. pozostają bez widocznego upływu. Dodać winienem, że nie wszystkie wyciągi nadnercza są jednakowej siły toksycznej i że ogrzanie wyciągu do 100 C° nie zmienia wcale jego siły trującej.

Tuż po wstrzyknięciu występuje porażenie tylnych łap (paraplegia) i zniesienie czucia, gdy w przedniej części ciała powstają lekkie drgawki, czasem wyraźny *opisthotonus*, oddechy się przyspieszają, źrenice rozszerzają, a zwierzę po kilku usiłowaniach podniesienia się na przednich łapach, wśród ogólnego porażenia i objawów duszności pada. Sztuczne oddechanie może znacznie przedłużyć życie zwierzęcia przy względnie dobrze utrzymanej akcyi serca.

Sekcya wykazuje, jeżeli zwierzę nieco dłużej (kilkanaście minut) żyło, silny obrzęk płuc i wybroczyny przeważnie na opłucnej płucnej i osierdziu, serce w rozkurczu, szczególnie prawa komora i przedsionek lewy rozszerzone i wypełnione krwią płynną.

Zastósowany wyciąg ten pod skórę zwierząt ssących nie działa w ten sposób, zwierzęta wprawdzie niedomagają, ciepłota ich opada, jednak powracają wkrótce do zdrowia lub też po większej dawce wychudłszy padają w kilka dni a sekcya w miejscu wstrzyknięcia, które po zastrzyknięciu obrzmiewa, nie wykazuje ropienia, lecz niekiedy nekrotyczny strup, w wewnętrznych zaś organach uderza tylko zwyrodnienie miąższowe nerek.

Żaby po zastósowaniu im $^1/_2$ gr. wspomnianego wyciągu do worka limfatycznego na grzbiecie lub do jamy brzusznej, po kilku lub kilkunastu minutach stają się w ruchach ociężałe, wkrótce występują drgawki przeważnie w łapach tylnych, które przechodzą w tężec tych łap, zjawiający się za każdym razem, gdy żaba usiłuje ruch wykonać. Tężec ten nie daje się wywołać przy drażnieniu tylnych łap, nie ustępuje po zniszczeniu półkul mózgowych a niknie dopiero po przecięciu rdzenia pacierzowego. Dodać również winienem, że badanie odruchów w tym czasie sposobem Türcka, wykazuje prędzej ich obniżenie, aniżeli zwiększenie.

Okres ten tężcowy ustępuje miejsca okresowi zupełnego porażenia, który również ma obraz więcej paraplegiczny a raz nawet hemiplegia wystąpiła, żaba jakby odurzona leży w tym czasie w położeniu, jakie jej się nada, nie próbuje nawet, jak to czyni w I. okresie, zmienić położenia; jedynie tylko słabe uderzenia serca świadczą o życiu. Stan ten godzinami trwać może, zwykle jednak po 24 godzinach po dawce wspomnianej żaby przychodzą do siebie, skaczą jednak leniwo, niezgrabnie, aż po 48 godzinach uważać je można za normalne.

Zastósowana w tym czasie tym samym żabom powtórna dawka, ewentualnie trzecia i t. d., juz nie daje tak wybitnego obrazu z uszczerbkiem najwięcej okresu tetanicznego, a wystąpieniem odrazu okresu poraznego, jakkolwiek nieraz słabszego niż za pierwszym razem.

Dodać winienem, że stopień objawów zależy od indywidualności żab, u jednych występuje rychlej i gwałtowniej, u drugich powolniej i niecałkowicie n. p. odrazu okres poraźny.

Stósując wyciąg do żył królikom i zapisując parcie równocześnie w *carotis* przyrządem Hürthlego, stwierdzić można gwałtowny wzrost parcia, jakto już pierwszy wykazał prof. Cybulski na posiedzeniu lutowem b. r. Tow. przyr. im. Kopernika, mówiąc o działaniu na parcie wyciągów wodnych nadnercza, przyczem fale sercowe stają się drobne, a pod koniec życia przy opadaniu ciśnienia zjawia się arytmia i wyraźna dwubitność. Przyczyna nagłego podniesienia parcia zdaje się, że polega na zadrażnieniu ośrodka naczynio-ruchowego i nagłem zwężeniu naczyń, które pod koniec życia ustępuje.

Spostrzeżenia te, które znajdą szersze rozwinięcie w dalszych poszukiwaniach, wskazują w każdym razie, że z nadnercza do wyciągu glicerynowego przechodzą pewne substancye nadzwyczaj trujące, działające przeważnie na układ nerwowy, zwłaszcza na rdzeń przedłużony (ośrodek naczynioruchowy) i pacierzowy, sprowadzające śmierć z powodu obrzęku płuca. O ile do porażeń przyczyniają się zmiany w samych nerwach i ich zakończeniach, dopiero dalsze badania wykażą, a wspominam o tem dlatego, że obraz porażeń w niektórych chwilach ma pewną analogię również z działaniem kurary przemawia.

Z nadnercza zatem wydobyć możemy substancye nadzwyczaj trujące, których z innych organów dotychczas badanych w tym stopniu nie wydobywamy. Czy substancye te są produktem nadnercza? jakie w ogóle ich znaczenie? czy może są to te substancye, które w myśl Abelousa i Langlois mają służyć do zneutralizowania trucizn samego organizmu? jaki ich skład? pokażą wspólne usiłowania dalsze fizyologii, chemii i patologii.

III. Z pracowni zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Wpływ jadu błoniczego na krążenie.

Podali

Doc. Dr. A. Beck i Dr. W. Słapa.

Wobec znaczenia, jakiego w ostatnich czasach nabrało etyologiczne leczenie chorób zakaźnych w ogólności, a w szczególności leczenie błonicy surowicą swoistą, uważaliśmy za rzecz godną zbadania, czy i jak surowica ta działa na ustrój zwierzęcy prawidłowy a głównie na narząd krążenia.

Zadanie, jakieśmy sobie postawili, było następujące: Zbadać wpływ surowicy leczniczej na narząd krążenia zwierzęcia zdrowego, powtóre zbadać wpływ samego jadu błoniczego na ten narząd i po trzecie, gdyby wpływ szkodliwy jadu samego był widoczny, zbadać, czy wstrzyknięcie surowicy leczniczej, działanie to trujące jadu znosi lub osłabia.

Do doświadczeń używaliśmy królików, które jak wiadomo są bardzo wrażliwe na jad błoniczny.

A) Doświadczenia z surowicą.

Doświadczenia te urządzano w ten sposób, że po przymocowaniu zwierzęcia i połączeniu tętnicy szyjnej z manometrem Hürthlego, zapisywano przez pewien czas ciśnienie krwi, a następnie wstrzykiwano do żyły szyjnej surowicę Behringa z fabryki w Höchst, o sile 1600 jednostek uodporniających (Nr. III). Po wstrzyknięciu dalsze obserwowanie zwierzęcia trwało przez kilka godzin. Oczywiście mieliśmy zamiar w razie, gdyby się okazało, że surowica lecznicza wywiera wpływ jakikolwiek na narząd krążenia, urządzić doświadczenia kontrolujące ze surowicą konia normalnego. Już jednak pierwsze doświadczenia, z których w jednem wstrzyknięto królikowi ważącemu 2350 gr. jeden cm.^{3} a po upływie 25 minut drugi cm.^{3}, w drugiem ważącemu 2550 gr. wstrzyknięto 2 cm.^{3} surowicy powyższej wprost do żyły szyjnej *(v. jugularis)*, przekonały nas, że surowica w tej ilości nie wywiera żadnego wpływu ani na wysokość ciśnienia, ani na ilość i jakość tętna, nie działa więc wcale na narząd krążenia.

Nie uważaliśmy za stósowne zwiększać ilości wstrzykniętej surowicy, ilość bowiem w naszych przypadkach użyta była w stosunku do wagi zwierzęcia 2 razy większą od stósowanej w celach leczniczych, tembardziej, że wstrzykiwaliśmy nie pod skórę, lecz wprost do obiegu krwi, przez co ewentualne działanie jej musiałoby wystąpić wybitniej.

Oczywiście, że wobec ujemnych wyników, jakie otrzymaliśmy w tych doświadczeniach, zbytecznem było przeprowadzanie doświadczeń kontrolujących z prawidłową surowicą końską i dlatego, wykonawszy jeszcze kilka prób z surowicą leczniczą z takim samym wynikiem, zwróciliśmy się do drugiej części postawionego sobie zadania t. j. do zbadania wpływu jadu błoniczego na krążenie.

Przeglądając literaturę odnoszącą się do wpływu, jaki wywiera jad błoniczy na narząd krążenia, nie dostrzegliśmy żadnej pracy, w którejby się starano wpływ ten wprost zbadać przez doświadczenie na zwierzęciu. Powszechnie znana okoliczność, że błonica u ludzi wywołuje tak często nagłe,

niespodziewane porażenie serca, starano się objaśnić przeważnie jedynie tylko zmianami anatomicznemi znajdowanemi w mięśniu sercowym tak ludzi zmarłych wskutek błonicy, jakoteż i zwierzat sztucznie zakażonych błonicą. I tak jedni (Birch-Hirschfeld, Leyden, Hochhaus, Unruh) znajdywali u ludzi zmarłych wskutek błonicy częstokroć, lecz nie zawsze, międzymiąższowe zapalenie mięśnia sercowego *(myocarditis interstitialis)*, gdy Romberg w wszystkich badanych przypadkach zmiany te znalazł. Inni autorowie, jak Hesse i Unterholzner nie przypisują wagi zmianom międzymiąższowym, lecz głównie zwracają uwagę na wsteczne zmiany w samych komórkach mięśnia sercowego. Wreszcie Vincent znalazł w przypadku błonicy zakończonej śmiercią wskutek porażenia serca zmiany w sploeie nerwów sercowych *(plexus cardiacus)*. Tak jedne jak i drugie zmiany, napotykane niejednokrotnie w przypadkach typowego porażenia serca w stopniu bardzo nieznacznym, nie są w stanie wytłomaczyć nam ostatecznie samej istoty porażenia serca a w szczególności tej okoliczności, że porażenie to występuje częstokroć tak nagle, bez żadnych objawów zwiastunowych, któreby wskazywały na osłabienie mięśnia sercowego. Z tego powodu Hesse przychyla się do przypuszczenia, że zmiany w mięśniu sercowym a porażenie są dwie rzeczy od siebie niezależne, że porażenie serca jest następstwem działania jadu błoniczego analogicznego działaniu trucizn sercowych, naparstnicy, muskaryny i t. d.

Badanie narządu krążenia za życia w przebiegu błonicy u ludzi wykonał Friedemann. Badał on ciśnienie krwi tętnicze u dzieci chorych na błonicę zapomocą manometru Bascha. Z wyników, do jakich Friedemann doszedł, okazywałoby się, że ciśnienie krwi tętnicze w przypadkach, kończących się śmiertelnie, na krótki czas przed skonem obniża się, co autor ten chce zużytkować w celach prognostycznych, uważając obniżenie to ciśnienia za niechybny znak zatrucia serca *(Herzvergiftung)*.

B) Doświadczenia nad wpływem jadu błoniczego na krążenie.

Doświadczenia te urządzaliśmy z początku w podobny sposób jak doświadczenia z surowicą leczniczą. Zwracamy uwagę, że w pierwszych doświadczeniach używaliśmy nie czystych toksyn, lecz hodowli bulionowej prątka Löfflerowskiego o oznaczonej, bardzo znacznej, jadowitości, a to z tego powodu, że gdyby się było okazało, że jad błoniczy w hodowli tej zawarty, wpływa na serce odrazu po wprowadzeniu go do organizmu, to obecność prątków nie mogłaby wchodzić w rachubę, albowiem nie możnaby było przypisywać zmian tych produktom przez prątek ten dopiero w organizmie wytworzonym, gdyż na wytworzenie toksyn błoniczych w organizmie potrzeba przecież pewnego dłuższego czasu. W rzeczywistości jednak już pierwsze doświadczenia, z góry to zapisujemy, wykazały, że wstrzyknięcie do żyły hodowli bulionowej bardzo jadowitego prątka Löfflerowskiego w ilości stosunkowo dość znacznej, przez kilka godzin nie sprowadza żadnych zaburzeń w prawidłowej akcyi serca. Z tego powodu w dalszych doświadczeniach posługiwaliśmy się nie hodowlą, lecz czystemi toksynami błoniczemi, otrzymanemi z kilkutygodniowych hodowli bulionowych prątka, przez ich przesączenie.

Bezwątpienia nasuwa się każdemu myśl, że należało jeszcze urządzić doświadczenia kontrolujące ze wstrzyknięciem samej pożywki, jako czystego środowiska, w którem jad był zawarty.

Urządzanie tych doświadczeń uznaliśmy jednak za zbyteczne wobec znanych badań Salviolego[1]), które wykazały, że królikom można wprowadzać wielkie ilości peptonu do obiegu krwi bez wpływu na narząd krążenia i oddychania.

Także i nasze doświadczenia z toksynami i hodowlami przekonały nas o słuszności tego twierdzenia, albowiem zwykły pepton i albumoza u tych gatunków zwierząt (n. p. psów), u których sprowadza pewne zaburzenia w akcyi serca i jak wiadomo, utratę zdolności krzepnienia krwi, wywołują objawy te odrazu po wprowadzeniu do ustroju. Objawy te, jeśli dawka nie jest śmiertelna, bardzo rychło ustępują, gdyż albumozy, jak wykazały doświadczenia Neumeistra i innych, bardzo rychło opuszczają ustrój. Na króliki zaś wcale peptony nie działają szkodliwie i z tego powodu, jak już wspomnieliśmy, mogliśmy pominąć wykonanie doświadczeń kontrolujących z wprowadzaniem do obiegu krwi czystej pożywki bulionowej.

Pozwolimy sobie teraz podać wyciąg z kilku doświadczeń:

Doświadczenie I.

Królik 3300 gr. ważący, ciepłota 37·30.

Ciśnienie.

Godzina	Maxim.	Minim.	Tętno
8 min. 45	93	86	246

O godz. 8 min. 50 wstrzyknięto do żyły szyjnej 2 cm.³ dziewięciodniowej hodowli bulionowej prątków Löfflerowskich. Hodowla ta w ilości ½ cm.³ zabija świnkę morską 600 gr. ważącą w 26 godzin.

Ciśnienie.

Godzina	Maxim.	Minim.	Tętno
8 min. 52	93	89	246
9 „ 15	94	89	252
9 „ 30	94	89	246
9 „ 45	92	88	340
10 „ 00	92	88	249
10 „ 15	93	87	234
10 „ 30	93	87	234
11 „ 00	93	88	252

O godz. 11 minut 5 odwiązano królika, który padł o godz. 6. wiecz., t. j. w 9 godzin po wstrzyknięciu.

Jak widzimy z powyższego doświadczenia, ani wprost po wstrzyknięciu, ani przez dalsze 2 godziny, w ciągu których zwierzę obserwowano, nie było prawie żadnych zmian w wysokości ciśnienia ani liczbie tętna.

W następnem doświadczeniu użyliśmy nie hodowli, lecz gotowych toksyn bardzo jadowitych (½ cm.³ zabija świnkę morską 600 gr. w 24 godzin). Przebieg tego doświadczenia był następujący:

[1]) Ueber die physiologische Wirkung der löslichen Producte einiger Bacterien u. besonders des Pyoryemens und staphylococus. (*Berl. klin. Wochensch.* 1894. Nr. 13).

Doświadczenie II.

Królik 2350 gr. ważący, ciepłota 37·70.

Ciśnienie.

Godzina	Maxim.	Minim.	Tętno
9 min. 30	96	90	
9 „ 35 wstrzyknięto 6 cm.³ wymienionych toksyn			
9 „ 40	96	90	
10 „ 00	96	88	
10 „ 03 wstrzyknięto powtórnie 6 cm.³ tych samych toksyn.			
10 min. 05	96	91	
10 „ 30	93	89	
11 „ 00	91	85	

O godz 11 minut 5 odwiązano królika, ciepł. 37·90. Padł o godz. 7 wieczór.

I to doświadczenie pomimo, że wstrzyknęliśmy wprost do obiegu krwi w krótkich odstępach czasu 2 × 6 cm.³ toksyn bardzo jadowitych, pouczyło nas, że wpływ ich na narząd krążenia nie występuje wprost po wstrzyknięciu ich do krwi. Skutkiem tego trzeba było doświadczenia dalsze urządzić w ten sposób, aby po wprowadzeniu jadu błoniczego do ustroju w postaci hodowli lub gotowych toksyn badać zachowanie się ciśnienia i tętna w jakiś czas potem n. p. w kilkanaście godzin, słowem na krótki czas przed spodziewaną śmiercią zwierzęcia.

W ten też sposób urządzaliśmy wszystkie następne doświadczenia, z których kilka podajemy dla przykładu.

Doświadczenie III.

Królikowi 2900 gr. wagi zastrzyknięto dnia 22 Listopada o godz. 6-tej wieczór pod skórę 2 cm.³ hodowli bulionowej jedenastodniowej, następnego dnia o godz. 9 rano przywiązano królika i połączono tętnicę szyjną z manometrem.

Ciśnienie.

Godzina	Maxim.	Minim.	Tętno
9 min. 30	94	90	222

Ciśnienie utrzymywało się bez zmiany do godz. 11 min. 45; tętno o tej godzinie wzrosło do 240 uderzeń na minutę. Wobec tak nieznacznych wahań, odwiązano królika i o godz. 5 min. 40 powtórnie połączono tętnicę z manometrem. Ciśnienie z chwilą rozpoczęcia dalszego ciągu doświadczenia wynosiło 85—82 mm. rtęci, jednakże tętno było bardzo nieregularne, przyczem wszakże dał się dostrzedz pewien rytm, mianowicie po dwóch energiczniejszych skurczach następował jeden bardzo słaby. Ciśnienie w dalszym ciągu doświadczenia opadało zwolna ale stale, o godz. 5 min. 45 wynosiło około 72 mm. rtęci, akcya serca bardzo nieregularna, wzniesienia skurczowe słabe. O g. 5 m. 47 nagły spadek ciśnienia do 0; śmierć wśród drgawek. Sekcya natychmiast wykonana wykazała t. z. *delirium cordis*, t. j. włókienkowe drgania mięśnia sercowego bez skurczów, obie komory mocno rozszerzone, wiotkie, przedsionek prawy mocno wypełniony.

Doświadczenie IV.

Królik ważący 3700 grm.

Dnia 25 Listopada o godz. 5 min. 30 wieczór zastrzyknięto pod skórę 2 cm.³ hodowli bulionowej dziewięciodniowej. Badania ciśnienia krwi rozpoczęliśmy nazajutrz o godz. 8 min. 45 t. j. w 15 godzin po wstrzyknięciu. Ciśnienie wynosiło 88—80 mm. rtęci, ilość tętna 246, przyczem fale tętna wysokie. O godz. 8 min. 52 wystąpiły drgawki, wśród których ciśnienie wzrosło nagle do 98 i na tej wysokości utrzymywało się przez 20 minut. Równocześnie liczba tętna wzmogła się do 270 na minutę. O godz. 9 min. 15 notowaliśmy ciśnienie 92—87. Tętno 246.

Ciśnienie.

Godzina	Maxim.	Minim.	Tętno
9 min. 40	88	83	192
10 „ 00	85	78	
10 „ 20	81	78	204
10 „ 45	74	68	180 niereg.
11 „ 03	73	68	192 „
11 „ 12	68	59	
11 „ 30	63	52	
11 „ 35	61	50	168 „
11 „ 50	49	40	156 „
12 „ 00	48	36	126 „

O godz. 12 min. 5 rozpoczęły się drgawki, ciśnienie nieco się podwyższyło i o 12 min. 15 nagle opadło do 0. Po ustaniu ruchów serca nastąpiło jeszcze kilka oddechów. Sekcya wykazała zmiany podobne do opisanych w doświadczeniu poprzedniem. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Krokiewicz Antoni: **Studyum nad cholerą.** Lwów 1894, str. 83.

Praca ta należy do bardzo cennych w dziedzinie bakteryologii i epidemiologii a doskonały opis sposobu szerzenia się cholery w Galicyi służyć może za wzór. W pracy tej uderza nas przedewszystkiem bystrość spostrzeżeń i konsekwencya, z jaką autor przeprowadza dowody na podstawie zebranych własnych doświadczeń, styl zaś łatwy i miękki czynią ją dla czytelnika łatwo zrozumiałą.

K. opisuje cholerę w roku 1892. i 1893. I tak w roku 1892. było kilka ognisk cholery w Galicyi mianowicie: 1) w Podgórzu i w Krakowie wraz ze sąsiedniemi gminami, których przeważna ilość znajduje się nad Wisłą. W Podgórzu wydarzył się pierwszy przypadek cholery, która ztąd przeniosła się do Krakowa, którego mieszkańcy pozostają w ciągłej styczności z Podgórzem. K. wykazuje we wszystkich miejscowościach, gdzie było więcej przypadków cholery, związek pomiędzy nimi a przenoszenie zarazka nastąpiło przez styczność osób zdrowych z chorymi; tam zaś, gdzie mieszkańcy byli ze sobą we większej styczności, epidemia wystąpiła groźniej a zarazem ograniczała się do kompleksu pewnych domów; 2) we Wołowcu w powiecie gorlickim, która zawleczoną została z Hamburga; 3) w powiecie niskim i mieleckim u osób (flisaków), które powróciły z Królestwa Polskiego, z okolic zapowietrzonych; 4) w końcu na ostatecznych kresach wschodniej Galicyi w powiecie husiatyńskim i borszczowskim, oddzielonymi od Rosyi rzeką Zbruczem, została cholera z Rosyi zawleczoną, a jak wiadomo, epidemia w Rosyi panowała ciągle, ludność zaś na granicy była ze sobą w styczności.

W roku 1893. cholera nawiedziła 32 powiaty polityczne. Do 6 powiatów cholera została zawleczoną z Węgier, do 3 z Rosyi, w 7 powiatach źródła zawleczenia wykazać nie można było, do reszty ze sąsiednich powiatów. K. przedstawia następnie szerzenie się epidemii według przebiegu chronologicznego w powiatach z osobna i wykazuje, że w każdym pierwszym przypadku jad został zawleczony

czyto przez ludzi, czyto przez pośredniki wilgotne; tam zaś, gdzie tajono pierwsze przypadki, nie można było wykryć pierwotnego zawleczenia. Na podstawie tejże obserwacyi potwierdza zdanie kontagionistów, zbijając tem samem teoryę Pettenkoffera, zatem, że cholera szerzy się przez ludzi samych a nie przez ziemię, ponieważ przenosiła się nie tylko przez ludzi chorych, lecz i zdrowych, którzy stykając się z cholerycznymi i przedmiotami powalanemi dejektami cholerycznemi, sami nie dostawali cholery, lecz udzielali zarazka otoczeniu (autor udowadnia to przykładami). Wykazuje również, że tam, gdzie służba szpitalna lub wartownicza nie przestrzegała przepisów sanitarno-policyjnych, wydarzały się pośród niej przypadki cholery. Udowadnia również przykładami, że przenośnikiem zarazy były pośredniki wilgotne, jak odzież, brudna bielizna, szmaty, woda rzeczna a w końcu i artykuły spożywcze. Wreszcie na podstawie wielu badań bakteryologicznych wykazuje, iż prątek przecinkowy znajduje się w każdym przypadku, że jest swoistym dla cholery, że jest najważniejszym czynnikiem w rozpoznaniu cholery azyatyckiej, której obraz u rozmaitych indywiduów bywa różny, a gorączka nie wyklucza bynajmniej w rozpoznaniu cholery, bo często może towarzyszyć napadowi cholerycznemu. Zbija tem samem teoryę Strickera i Hasterlika, opierając się również i na tem, że prątek przecinkowy nie w każdym przypadku musi wywołać cholerę, bo do tego potrzeba jeszcze i pewnych okoliczności, jak 1) zmniejszenia się odporności ustroju; 2) słabo alkalicznego oddziaływania soku żołądkowego. Tej alkaliczności jest pewna granica, której dotychczas nie wykryto. Że tak jest, podaje własne i innych autorów doświadczenia, mianowicie stosownie do stopnia alkaliczności pożywki żelatynowej, sporządzonej zawsze według jednego przepisu, hodowla okazuje odmienny rozwój ze względu na szybkość i postać drobnowidową. *Dr. Haim.*

Okulistyka.

Mellinger: **Badanie doświadczalne i kliniczne nad wstrzykiwaniami podspojówkowemi.**

Do niedawna tylko słowa uznania można było wyczytać z prac ciągle ogłaszanych o wstrzykiwaniach podspojówkowych, dla tego sposobu leczenia. Pierwsi dopiero Moll, Sgrosso Scalinci i M. wystąpili z opozycyą przeciw metodzie Dariera, zauważywszy, że po wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę tworzą się między spojówką a twardówką silne zrosty.

M. przytacza kilka przypadków w klinice bazylejskiej spostrzeganych, w których w miejscu wstrzyknięcia potworzyły się plamy biało-ścięgniste, błyszczące, beznaczyniowe, a które potem pod drobnowidem uznano za naciek drobnokomórkowy, jako wyraz zapalenia zlepnego między twardówką a spojówką. W temże miejscu wstrzyknięcia powstaje zatem silna blizna a przecież nie jest obojętnem, żeby prestwór podspojówkowy, który za drogę limfatyczną uchodzi, tracił swoją drożność w skutek zabiegów leczniczych. M. przedsiębrał badanie drobnowidowe na królikach takim samym rozczynem jakiego u ludzi używał tj. 1:2000 i stwierdził tożsamo. Za to rozczyn sublimatu 1:4000 ma według doświadczeń M. mieć ten sam skutek leczniczy a nie sprowadzać zrostów. Ponieważ zaś sublimatu w takiem rozcieńczeniu jest nader mało, przeto M. zaczął używać tylko $^1/_{10}$% rozczynu soli kuchennej, którą i tak do sublimatu dodawał w tym celu, żeby powstały białkan rtęci mógł się łatwiej rozpuścić i spostrzegł, że obojętnem było dla sprawy ropnej w rogówce czy rozczyn zawierał tylko samą sól kuchenną, czy z domieszką sublimatu. Wynik leczniczy miał być ten sam. To też opierając się na swoich doświadczeniach, twierdzi M., że wstrzykiwania podspojówkowe a szczególniej roztwory soli działają w ten sposób, że przyspieszając krążenie limfy, podnoszą odporność i odżywianie tkanek i radzi aby zarzucić sublimat a używać tylko soli, gdyż ta nie wywołuje ani zrostów, ani też bólu po zastosowaniu. (Wstrzykiwania sublimatu nie wywołują żadnego albo tylko nieznaczny i krótkotrwały ból jeśli do rozczynu sublimatu doda się kokainy w stosunku 3 na 100, jak to się obecnie w klinice prof. Rydla dzieje. Przypisek sprawozdawcy *Przeglądu lek.*). (*Archiv f. Augenheilk.* Knappa III. i IV. 1894).

Dr. Brudzewski.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

III.

Choroby macicy.

Adenoma cervicis uteri	1
Anteflexio uteri	5
Carcinoma corporis uteri	1
Carcinoma cerv. uteri operabile	2
Carcinoma cerv. uteri inoperabile	2
Endometritis cerv gonorrhoica acuta	1
Endometritis post abortum	2
Endometritis universal. haemorrh.	5
Fibroma submucos. cerv. uteri	5
Fibroma uteri subserosum	3
Fibromyomata uteri interstitialia	3
Haematometra	2
Hypertrophia cervicis	1
Hypertrophia follic. labii poster.	1
Laceratio cervicis	2
Metritis cervicalis	3
Polypus mucosus cerv. uteri	1
Prolapsus uteri comp.	2
Retroflexio uteri fixata	9
Retroflexio uteri libera	3
Sarcoma uteri et ovarii utriusque	3
Stenosis cerv. uteri	4
Razem	61

1) *Anteflexio uteri, stenosis cervicis.* Cierpienie to jest częste a leczenie jego należy do najniewdzięczniejszych. Podczas gdy przeciw tyłozgięciom i wywołanym przez nie objawom mamy cały szereg sposobów leczenia skutecznych, którym możemy zaufać nawet w najcięższych przypadkach, to wobec wielu przypadków przodozgięcia jesteśmy prawie że bezsilni. A przecież cierpienie to jest w stanie objawami swoimi zatruć życie pacyentki, czyniąc ją w wielu razach niepłodną a najczęściej co miesiąc chorą. Ze środków leczniczych jedne są dziś zarzucone, jak krążki śródmaciczne, inne ograniczające się do usunięcia objawów istnieją i są używane jedynie dlatego, że nie ma lepszych, inne w końcu radykalne jak *cuneihysterektomia* Thiriara[22]) są niewypróbowane a już jako laparotomie nie zupełnie wolne od niebezpieczeństw.

W klinice krakowskiej używaliśmy w tych przypadkach krwawego rozcięcia nożykiem Simsa, sondowania przez czas dłuższy i elektryzowania metodą Apostolego. Ze sposobów tych wydaje nam się sondowanie o tyle najmniej odpowiedniem, że leczenie trwa bardzo długo i jest niepewne. Widzieliśmy wprawdzie w kilku przypadkach polepszenie, objawiające się zmniejszeniem bólów miesiączkowych, ale

---

[22]) *Procédé operatoire pour guérir les flexions utérines. Congrès periodique inter.* Bruxelles 1894.

polepszenie to było w kilku przypadkach przejściowem. Co prawda, tylko niektóre zgłaszały się powtórnie, jaki był skutek leczenia u innych, czy która z nich nie zastąpiła, co możliwe, tego nie wiemy. Rozcięcie szyi nożykiem Simsa wykonywaliśmy w ostatnim roku dość rzadko, bo tylko w czterech przypadkach, nie licząc ambulatoryjnych.

Operacyę wykonaliśmy u chorych leżących na wznak, część pochwową sprowadzono ku wejściu do pochwy haczykiem Simsa we wzierniku Bandla lub Simsa i po bardzo dokładnem odwietrzeniu pochwy i szyi, wprowadzaliśmy nożyk ponad ujście wewnętrzne i na obie strony przecinaliśmy głęboko kanał szyi. Do macicy wprowadzono potem strzęp gazy, do pochwy gazę jodoformową a przy silniejszych krwawieniach lub jeżeli pacyentka nie pozostawała w klinice, tampony z penghawaru.

Leczenie pooperacyjne trwało zwykle kilka tygodni i polegało na utrzymywaniu szyi w rozszerzeniu oraz na oczyszczaniu rany. Dawniej używaliśmy do tej operacyi hysterostomu Greenhalgha, który nam oddawał dobre usługi i jest instrumentem bardzo zmyślnym i dobrym, ma jednak wadę, którą dzieli z wszystkiemi narzędziami przeznaczonemi do operowania po ciemku a mianowicie, że więcej operuje narzędzie niż chirurg.

Po operacyi nie widywaliśmy żadnych niekorzystnych następstw ale też i skutek operacyi był w niektórych przypadkach problematycznym.

Co się tyczy elektryzowania, to używaliśmy go w kilku przypadkach ściśle według przepisów Apostolego zawartych w podręczniku jego ucznia Briosis [23]). Do macicy wprowadzaliśmy sondę jako elektrodę ujemną, na powłoki zwykłą glinę jako dodatnią. Posiedzenia, które się odbywały dwa razy na tydzień, trwały po 5 minut. Rozpoczynaliśmy leczenie od 30 miliamperów a dochodziliśmy najwyżej do 80, przyczem jednak chora doznawała bardzo silnych bólów. Skutki tego sposobu leczenia były ogólnie zadawalniające, w niektórych przypadkach doskonałe; gdy jednak minęło zaledwie kilka miesięcy od ukończenia leczenia, trudno nam mówić o skutkach stałych. Jedna z naszych pacyentek okazująca przodozgięcie macicy i zwężenie szyi, M. H. 22-letnia mężatka, miesiączkuje od lat 7-miu i doznawała zawsze podczas peryodu bardzo silnych, czasem gwałtownych bólów. Dnia 7. Lipca 1892. poddała się hysterostomatomii, która jednak pozostała bez skutku. W miesiącu Kwietniu 1894 r. poddała się w klinice leczeniu metodą Apostolego i po ukończeniu tego leczenia pierwszy raz w życiu miała miesiączkę całkiem bez bólów tak, że nie posiadała się z radości.

Jak długo potrwa ten dobry stan i czy niepłodność pod wpływem tego leczenia ustąpiła, nie wiemy, gdyż pacyentka opuściła Kraków nie pozostawiwszy adresu [24]).

Ujemną stroną tego sposobu leczenia jest dość znaczna bolesność podczas posiedzeń a czasem nawet przez kilka godzin po posiedzeniu. Naturalnie, że aseptyka podczas zabiegu oraz przynajmniej dwugodzinny spokój po nim są niezbędne.

Innych sposobów leczenia, jak krążków śródmacicznych i pochwowych, operacyj Simsa i Thiriara, miesienia Thure-Brandta nie używaliśmy w ubiegłym roku.

Wynalezienie jakiegoś radykalnego i pewnego sposobu leczenia tej zmiany w położeniu macicy jest bardzo pożądanem i byłoby wielkiem wzbogaceniem ginekologii. Możnaby nim uszczęśliwić wiele bardzo cierpiących kobiet.

2) *Carcinomata corporis et cervicis uteri et sarcoma corporis.* L. p. 96. S. K., lat 63, wdowa z Woli Batorskiej. Rozpoznanie: *Carcinoma corporis uteri.* Leczenie: *Exstirpatio uteri per vaginam.*

Wywiady: Rodziła 4 razy prawidłowo. Ostatni poród przed 21 laty. Roniła raz. Miała miesiączkować do 56 roku życia prawidłowo. Przed 12 laty przez cały rok miało się utrzymywać krwawienie maciczne. Chora przytem nie doznawała żadnych boleści i oddawała się zwykłej pracy. Od jesieni 1893. często powtarzające się nieregularne krwawienia wśród bólów, w ostatnich miesiącach z większem nasileniem występujących. W przerwie między krwawieniami upławów nie ma. Mocz oddaje prawidłowo, stolec codziennie.

Stan obecny: Osoba licho odżywiona. Gruczoły pachwinowe po stronie prawej wyraźnie powiększone twarde, po stronie lewej zaledwie wybadalne. Pochwa prawidłowa. Część pochwowa na $^1/_2$ falangi długa, ujście zewnętrzne tworzy szparkę poprzeczną z wrębem po stronie prawej i jest dla palca niedrożne. Trzon macicy ułożony w przodozgięciu, większy, przy ucisku bolesny, o powierzchni gładkiej, ruchomy, nieco zbity. Sklepienia wolne. Palec wyjęty z pochwy pokryty jest wydzieliną blado-różową. We wzierniku część pochwowa przedstawia się prawidłowo a z ujścia nic się nie wydziela. Sonda daje się wprowadzić bez żadnych trudności i wykazuje długość jamy macicy prawidłową. Przy obmacywaniu wnętrza macicy za pomocą sondy w dnie i po stronie lewej, można wyczuć jakieś ciało miękkie i po tej stronie sonda nie wchodzi do jamy macicy tak wysoko jak po stronie prawej. Przy badaniu za pomocą sondy i przez powłoki można się przekonać, że po stronie lewej koniec sondy trudniej wybadać aniżeli po prawej. Po wyjęciu sondy z macicy dosyć znaczne krwawienie. Strzępy tkaniny wydobyte z jamy macicy za pomocą skrobaczki (*curette*), zbadane mikroskopowo, wykazały utkanie rakowe. Wobec tego dnia 23. Kwietnia przystąpiono do wycięcia macicy przez pochwę w sposób poniżej podany.

L. p. 91. K. E., lat 44, zamężna, z Krakowa. Rozpoznanie: *Sarcoma corporis uteri.* Leczenie: *Exstirpatio uteri per vaginam.*

Wywiady: Zamężna od lat ośmiu. Rodziła raz prawidłowo przed 17-tu laty. Roniła dwa razy, ostatni raz prawdopodobnie w Styczniu z. r., gdyż przez trzy miesiące przedtem nie miała regularności. W Styczniu wystąpiły zrazu upławy brunatne, później zaś obfite krwawienia, wśród których odchodziły skrzepy krwi. Krwawienia te powtarzały się nieregularnie przez Luty i Marzec. Od końca Stycznia cierpi chora na bardzo silne bóle dołem, napadowo zwłaszcza pod wieczór występujące, które mają charakter bólów porodowych. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Osoba niedokrewna, średnio zbudowana, słabo odżywiona. Nad pachwinami i spojeniem oporów nie ma. Gruczoły limfatyczne w pachwinach niepowiększone. Pochwa prawidłowa. Część pochwowa walcowata, krótsza o przedniej wardze grubszej niż tylna. Ujście zewnętrzne rozwarte prawie na szerokość dwóch palców. Szyjka drożna dla palca, który daje się także przeprowadzić przez nieco węższe ujście wewnętrzne, poza którem napotyka na twór wielkości jaja kurzego szeroko ze ścianą tylną i boczną lewą połączony, o powierzchni nierównej, konsystencyi dość zbitej. Trzon macicy powiększony, zwrócony ku tyłowi wydaje się ruchomym. Palec wyjęty pokryty jest krwią płynną. Za pomocą szczypczyków polipowych wydobyto kawałek tumoru i poddano badaniu mikroskopowemu, które wykazało utkanie, mogące odpowiadać błonie doczesnej *(deciduoma)* lub mięsakowi (*sarcoma*). Ponieważ chora podała, że w Styczniu roniła, więc przychylono się do rozpoznania pierwszego i odpowiednio do tego wykonano dnia 13. Kwietnia zabieg operacyjny, polegający na dokładnem usunięciu tego tworu za pomocą ostrej łyżeczki. Bóle i krwawienie po tym zabiegu ustąpiły całkowicie. Dnia 30. Kwietnia chora opuściła klinikę z macicą w tyłopochyleniu ustaloną, przy usiłowanem odprowadzeniu bolesną. Zalecono chorej kąpiele nasiadowe i tampony ichtyolowe i kazano się jej za jakiś czas zgłosić. Już jednak z końcem Lipca po zamknięciu kliniki chora zgłosiła się do szpitala św. Łazarza z tymi samymi co poprzednio przypadami i została tamże przyjętą do oddziału ginekologicznego. Badanie mikroskopowe strzępów tym razem z macicy wydobytych wykazało napewne utkanie mięsakowe,

[23]) Briosis: Manuel d'electrothérapie gynécologique 1890. p. 183.
[24]) Pacyentka zgłosiła się dnia 17. Grudnia 1894 r. do kliniki. Peryody powtarzają się co miesiąc i są zupełnie niebolesne. Jak dotąd jednak nie zastąpiła.

wobec czego przystąpiono dnia 8. Sierpnia do wyjęcia macicy przez pochwę metodą Mackenrodta. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Historyi następnych dwóch przypadków raka, operowanych z pomyślnym wynikiem a nie przedstawiających nic nadzwyczajnego, nie podajemy. (Ciąg dalszy nastąpi).

Zapiski terapeutyczne.

28. H. Ranke Doświadczenia ze surowicą swoistą przeciw błonicy (z monachijskiej kliniki pedyatrycznej). Autor nawiązując do swego dawniejszego oświadczenia, iż po wprowadzeniu do jego kliniki tak antytoksyny Aronsona jak i surowicy Behringa stosunki terapeutyczne poprawiły się stanowczo, zdaje sprawę ze swych dalszych doświadczeń w 85 przypadkach pierwotnej błonicy.

Z tych 85 przypadków zakończyło się śmiercią 16 czyli 18·8%. Ze zbadanych w zakładzie higienicznym 67 przypadków znaleziono laseeznik Loefflerowski w 64 czyli 95·5% przypadków, z nich atoli tylko 8 razy (16·4%) sam czysty laseeznik, w 56 zaś przypadkach (83·6%) był laseeznik L. obok paciorkowca. Te przypadki stanowią przeto zakażenie mięszane. W trzech przypadkach nie udało się na pewne wykazać laseeznika Loefflerowskiego; z nich w jednym nie było nawet i paciorkowca, który za to był wyłącznie sam w dwóch innych.

Z tych 85 przypadków pierwotnej błonicy okazywało już w chwili przyjęcia do kliniki 54 czyli 63% objawy zwężenia krtani. Z tych 54 przypadków w 17 ustąpiły objawy zwężenia krtani po wstrzyknięciu surowicy; w 37 zaś musiano zaraz lub wkrótce po przyjęciu przystąpić do intubacyi z powodu groźnego niebezpieczeństwa uduszenia się.

Z tych 37 intubowanych zmarło 11 czyli 29.7%. Porównywając teraz śmiertelność z pierwotnej błonicy w latach 1887 do 24. Września 1894 ze śmiertelnością w czasie od 24. Września 1894 do 6. Lutego 1895 pokazuje się, że % zmarłych wynosiła wówczas między 42·2 a 57, dla operowanych zaś z przyczyny zwężenia krtani od 59·5 do 75. 4%, gdy w wymienionym okresie stosowania surowicy śmiertelność ta, jakeśmy już nadmienili, wynosiła 18·8 i 29·7%, czyli po użyciu surowicy swoistej spadła śmiertelność w obydwóch szeregach do mniej, niż połowy dawniejszej.

Na zarzut, iż do kliniki autora dostają się teraz i lekkie przypadki, odpowiada okoliczność, iż obecnie przysyłają do kliniki lekarze chorych z miasta więcej, niż w połowie przypadków w celu operacyi z powodu zwężenia krtani.

Nadzwyczaj pomyślną okolicznością w leczeniu błonicy swoistą surowicą jest, jakeśmy już nadmienili, że w 20% przypadków pierwotnej błonicy po wstrzyknięciu surowicy ustąpiły objawy zwężenia, co przedtem nie zdarzało się częściej, niż w 5% wszystkich przypadków! Taka zmiana przebiegu błonicy dowodzi lepiej skuteczności surowicy, niż wszelkie ogólne statystyki.

Zasługuje dalej na uwagę, że w żadnym przypadku leczonym surowicą nie przyszło do objawów zwężenia krtani, jeżeli ich nie było przed zastosowaniem surowicy.

To pomyślne działanie surowicy występuje jeszcze wybitniej, jeżeli porówna się trwanie intubacyi w dawnych czasach a teraz po zastosowaniu surowicy. Tak n. p. dawniej można było wyjąć tubus po 24 godzinach tylko w 8%, teraz zaś już w 18·5% przypadków; po dwóch dniach dawniej w 26%, teraz w 48·1% przypadków.

Wszystkie te liczby dowodzą zmiany teraz na lepsze tak, iż nie mogą w żaden sposób być dziełem prostego przypadku.

W ogólności używał autor dużych dawek surowicy swoistej, średnio 1129 jednostek antytoksyny a zatem więcej, niż jest we flaszeczce nru 2go surowicy Behringerowskiej.

Lubo skutek maleje w ogólności, im w późniejszym okresie błonicy stósuje się surowicę, to jednakowoż w pewnych przypadkach skutek jest widoczny.

Uboczne działanie surowicy jak osutki, bolesne cierpienia stawów widział autor, nie uważa jednak, by było w jakimkolwiek stósunku do pomyślnego działania.

Wpływu wprost szkodliwego na serce, nerki lub inne narządy autor nie dostrzegł.

Przyczyną śmierci podczas leczenia surowicą było 3 razy porażenie serca, 10 razy zapalenie płuc i dławiec zstępujący, 2 razy ropne zapalenie gruczołów limfatycznych a w jednym ogólne zakażenie gnilne.

W końcu swej pracy ubolewa autor nad przesadnemi w Niemczech cenami surowicy swoistej, nie zostającemi w żadnej proporcyi do kosztów produkcyi tego środka leczniczego tak, iż nieraz biedny wyrobnik musiał zapłacić aż 27 marek za surowicę dla swego dziecka, i wnosi, by w przedmiocie obniżenia i to znacznego ceny surowicy udać się ze stósowną petycyą do władz cesarstwa niemieckiego (*Munchener med. Wochenschrift* z 19. Lutego 1895).

29. Dinkler. O wstrzykiwaniu sublimatu w żyły sposobem Baccellego. Autor, zachęcony zaleceniem Baccellego, zbadał jego metodę i przekonał się, że zastósowanie jej praktyczne jest bardzo ograniczone, ponieważ ani u kobiet, ani u otyłych mężczyzn wstrzykiwań rzeczonych z powodu zakrycia żył skórnych robić nie można. Najwięcej jeszcze zalecają się do wstrzykiwań żyły ramienia i przedramienia. Dawka wynosiła w 9-ciu przypadkach autora od miligrama do centygrama, razem od 7 do 31 centygramów. Ogólnych przypadów po tych wstrzyknięciach nie było, natomiast miejscowo występowały rychlej lub później zakrzepy w żyłach. Objawy kiły pod wstrzyknięciami rzeczonemi ustępowały rychło i pewnie, skutek jednak wcale nie był trwały tak, iż nawroty choroby pojawiały się już w 1 do 2 miesięcy.

Z tych wszystkich przytoczonych względów metoda Baccellego nie może wyrugować z praktyki dotychczasowych sposobów leczenia kiły a nadaje się tylko tam, gdzie chodzi o bardzo szybkie działanie, jak w ciężkich przypadkach zmian kiłowych w skórze, na błonach śluzowych i w układzie nerwowym, ale obok energicznych wcierań szaruchy. (*Tamże*).

30. M. Joseph (w Berlinie). Gallanol. Najskuteczniejszy dotychczas w łuszczycy (*psoriasis*) środek, chryzarobina ma tę niedogodność, że skórę bardzo mocno drażni a nieraz nawet wywołuje gwałtowne jej zapalenie i że barwi tak skórę, włosy jak i bieliznę.

Wobec tego nic dziwnego, że szuka się innych środków przeciw łuszczycy, którby przy swej skuteczności nie miały przerzeczonych niedogodności chryzarobiny. Takim środkiem poraz pierwszy przez Cazeneuva i Rolleta spróbowanym jest gallanol czyli do użytku lekarskiego stósownie oczyszczony gallol.

Gallanol ma smak nieco gorzki, tworzy kryształki bezbarwne i rozpuszcza się w gorącej wodzie, eterze i wyskoku, nie rozpuszcza zaś w benzynie, ligroinie i chloroformie.

Mnóstwo prób dokonanych przez lekarzy francuskich przekonało, że gallanol jest środkiem bardzo skutecznym nie tylko w łuszczycy, ale i w wyprysku i innych chorobach skórnych.

To skłoniło autora do doświadczeń z gallanolem, z których się pokazuje, iż gallanol nie może się wprawdzie w łuszczycy mierzyć co do szybkości działania z chryzarobiną ani nawet z kwasem pirogallusowym, ale za to ma znów inne zalety a mianowicie nie barwi ani skóry i włosów, ani bielizny i nie wywołuje zapalenia skóry. Dlatego J. zaleca gallanol w lekkich formach łuszczycy, osobliwie na twarzy i głowie, u kobiet i dzieci w postaci 10% roztworu z traumatycyną na miejscach głowy porosłych włosami a 10% maści na twarz. Oczywiście, że przed użyciem gallanolu należy starannie oddzielić łuski czy to zapomocą szczotki w ciepłej kąpieli, czy też ostrożnie zapomocą ostrej łyżeczki. Skórę głowy pokrytą włosami zaleca autor przemyć gruntownie wyskokowym roztworem mydła przed użyciem gallanolu.

Używał dalej autor gallanolu w 10% roztworze z traumatycyną w liszaju wyłysiającym (*herpes tonsurans*) i wyprysku rąbkowanym (*eczema marginatum*) i przyszedł do podobnych rezultatów, co i w łuszczycy, t. j. gallanol nie działa ani tak prędko ani tak energicznie, jak chryzarobina, ale natomiast nie wywołuje zapalenia skóry i jej zabarwienia. Dlatego gallanol zaleca się podobnie, jak w łuszczycy, w tych przypadkach wymienionych chorób skórnych, gdzie chce się uniknąć gwałtownego działania chryzarobiny a zadowolnić skutkiem powolniejszym.

Natomiast wbrew podaniom lekarzy francuskich Cazeneuva, Rolleta i Gonona nie mógł przekonać się autor o terapeutycznej wyższości gallanolu w rozmaitych rodzajach i formach wyprysku (*eczema*) nad środkami i sposobami dotychczas używanemi.

Do spróbowania gallanolu w świerzbiączce (*prurigo*) i strupieniu wosczynowatym (*favus*) nie widział autor powodu uważając teraźniejsze sposoby leczenia za zupełnie zadawalniające (*Berliner klinische Wochenschr.* 25. Lutego 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 8. Lutego 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 30.

1) Kolega przewodniczący dziękując za wybór prosi członków sekcyi o poparcie go przez zgłaszanie się z odczytami i branie udziału w posiedzeniach. Podnosi następnie zasługi byłego przewodniczącego kol. Stroynowskiego w przeprowadzeniu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

2) Kol. Wiczkowski przedstawia preparaty patologiczno-anatomiczne z kilku ciekawych sekcyj dokonanych w zastępstwie nieobecnego Prosektora szpitala.

I. Z przypadku *atrophia hepatis acuta flava* wątroby i śledziony. Wątroba mała, zanikła, szczególnie w rozmiarze z przodu ku tyłowi, waży kilogram. Lewy płat czerwony, prawy żółty, brzegi ich ścieńczałe. W wątrobie, śledzionie i we krwi znajdywały się liczne kryształki tyrozyny. Śledziona ostro obrzękła. W szczycie płuca prawego ograniczony naciek gruźliczy. U chorej tej była dawniej dokonana amputacya nogi lewej i stopy prawej. W przedramieniu prawem niezagojona sprawa gruźlicza. Moczu nie rozbierano. Rozpoznanie anatomiczne zgodziło się z rozpoznaniem klinicznem kol. Opolskiego.

II. Znacznie rozszerzony żołądek z powodu zwężenia odźwiernika. W okolicy odźwiernika są ślady po wrzodzie okrągłym. W samym odźwierniku ściana żołądka znacznie zgrubiała z powodu przerostu warstwy mięśniowej. Był to jeden z tych przypadków szczególnie nadających się operacyi. Niestety chora przybyła do szpitala *in ultimis* i w kilka dni po tem zmarła.

III. Z przypadku cukrzycy przedstawił prelegent trzustkę w stanie zanikłym. Na dnie komory czwartej makroskopowo zmian nie wykazano. Śledziona i nerki były zwyrodniałe skrobiowato. Gruźlicy ani zapalenia nerek nie było. Przyczyną śmierci było dławcowe zapalenie płuc.

IV. Z przypadku, gdzie chory zmarł na wrzekomą bielicę (*pseudoleukaemia*), przedstawił kol. W. śledzionę znacznie powiększoną, ważącą 2 klgrm. Obrzękłe gruczoły kiszkowe a w szczególności jeden gruczoł Payera wybitnie powiększony, na powierzchni częściowo rozpadły. Nerka prawa w większej części wypełniona masą serowatą kosztem miąższu nerkowego. Ani w tej masie serowatej, ani w tkanie otaczającej nie było prątków gruźliczych. Szpik kostny był prawidłowy. Na szyi był guz wielkości jaja gęsiego. Preparaty histologiczne sporządzają koll. Feuerstein i Arnold. Ponieważ w tym przypadku badanie krwi nie wykazywało bielicy a szpik kostny nie przedstawiał zmian właściwych bielicy, przeto skłania się kol. W. do rozpoznawania pseudoleukemii a wyklucza *lymphosarcoma*, bo w jego przebiegu niema tak znacznego obrzęku śledziony. Sprawę chorobową uważa wreszcie za sprawę odrębną. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierali głos koll.: Opolski, Wechsler, Feuerstein, Widman, Pisek, Stroynowski, Wernicki, Selzer, Wehr i prelegent.

3) Kol. Pisek: *O upustach krwi.* Wskazawszy na wstępie na powolną, lecz stale wzrastającą reakcyę na korzyść upustów krwi, usprawiedliwił prelegent konieczność zajęcia się obecnym stanem tej kwestyi. Po historycznem naszkicowaniu główniejszych okresów panowania i znikania upustów krwi z terapii przeszedł prelegent do poszczególnych działów patologii, omawiając przedewszystkiem zapalenie płuc włóknikowe.

Opisawszy szczegółowo dawniejsze postępowanie Francuzów *saignée coup sur coup*, leczenie antyflogistyczne szkół niemieckich, przeszedł następnie prelegent czasy Dietla i okres terapeutycznego nihilizmu szkoły wiedeńskiej. Obecne postępowanie scharakteryzował jako metodę „względnego wyczekiwania". Rozebrawszy teoretyczne dane, doświadczenia praktyków i literaturę najnowszą (Maragliano, Cattola, Sacharjin, Jaksch) i własne doświadczenia, sformułował prelegent wskazania do upustów krwi ogólnych, w trzech przypadkach:

1) Jeżeli choremu w przebiegu zapalenia płuc dławcowego grozi ostry obrzęk płuc a więc śmierć niechybna.

2) Jeżeli wystąpiły ciężkie objawy biernego przekrwienia mózgu a w części i objawy intoksykacyjne.

3) Jeżeli obustronnie rozwijające się zapalenie płuc postępuje gwałtownie naprzód i już we wczesnym okresie zagraża choremu obrzęk płuc.

Warunkiem nieodzownym ogólnym jest: ogólny stan sił dobry, wiek niepodeszły. Prelegent wykazuje, że właśnie konsekwentne i energiczne stosowanie środków podniecających, chroniące chorych przed niedomogą sercową i jej następstwami, stanowi jeden z ważnych powodów, dla którego tylko wyjątkowo zdarzają się obecnie ciężkie zapalenia płuc, dawniej nader częste i dla którego niezbyt często stosować możemy upusty krwi. Zwraca dalej uwagę prelegent na fundamentalną różnicę znaczenia upustu krwi w obecnem leczeniu zapalenia płuc dławcowego w przeciwstawieniu do dawniejszego, gdzie upust krwi stanowił „metodę leczniczą" a dziś jest lekiem symptomatycznym. Omawiając stosowanie miejscowych upustów krwi w zapaleniu płuc, przytoczywszy zdania autorów, zastanawia się krytycznie nad istotnym lub domniemanym związkiem przyczynowym między zabiegiem leczniczym a skutkami, szczególniej co do miejscowych, podmiotowych dolegliwości w dławcowem zapaleniu płuc przychodzi do wniosku: istotnych, naukowych wskazań dla stosowania miejscowych upustów krwi czy też stosowania środków aptecznych, względnie hidroterapeutycznych przeciw objawom miejscowym n i e m a; przedewszystkiem pamiętać powinien lekarz zasadę: *aegroti vires servare suprema lex esto*.

U s u c h o t n i k ó w przeciwstawia prelegent, leczenie gwałtownych krwotoków ogólnymi upustami krwi, leczeniu „bezkrwawemu", okazującemu nie gorsze wyniki, wspominając również o suchotnikach „pletorycznych".

W dziale w a d s e r c o w y c h przytacza prelegent szczegółowo poglądy kliników francuskich, tak wielbicieli upustów krwi, jak również i nielicznych pomiędzy nimi przeciwników. Scharakteryzowawszy zapatrywania lekarzy niemieckich i omówiwszy rzecz o upustach krwi u ciężarnych z wadami serca a dotkniętych ostrymi chorobami płuc, przychodzi prelegent do następujących wniosków: w wadach sercowych nader wyjątkowo znajdujemy się w potrzebie dokonania ogólnego upustu krwi. Zazwyczaj bywają chorzy tak wyniszczeni, że pomimo znacznej sinicy i duszności stosujemy chętniej inne środki. Wobec tego prelegent byłby przeciwnym stosowaniu upustów krwi w wadach sercowych.

Przechodząc do z a p a l e ń b ł o n s u r o w i c z y c h i naszkicowawszy pokrótce dane z literatury i zestawiwszy je z własnem doświadczeniem, wypowiada prelegent zdanie, że: 1) czasami, zdawało mu się, że, wśród równych zresztą okoliczności, ból rychlej ustąpił po przystawieniu pijawek, aniżeli bez nich; 2) na przebieg dalszy, na ewentualne komplikacye upusty krwi bezwarunkowo żadnego wpływu nie mają.

Omawiając choroby m ó z g o w e, oświadcza się prelegent za upustami krwi w udarach mózgowych u osób silnych, jako za środkiem symptomatycznym, nieraz zbawiennym; tożsamo za miejscowymi upustami w niektórych nerwobólach. Niektóre choroby dróg ż ó ł c i o w y c h i w ą t r o b y zdaniem prelegenta często pod wpływem upustów

krwi doznają polepszenia, oczywista z uwzględnieniem indywidualności chorego, na którą baczną należy zwracać uwagę. Przypomina przytem upusty krwi *ad annum*, występując stanowczo przeciw ogólnym upustom, zalecanym nawet przez niektórych niemieckich lekarzy (Schüppel). Zboczenia krwi, w szczególności intoksykacye gazami, mocznica (*uraemia*) i t. d. stanowią zdaniem prelegenta nieraz pole do stosowania upustów krwi ogólnych. Po omówieniu szczegółowszem mocznicy, dla której prelegent na równi z upustami stawia narkotyki, zwraca uwagę na t. zw. dusznicę mocznicza, która często mylnie za taką bywa poczytywaną a w rzeczy samej jako cięższa *bronchitis* doznaje polepszenia po bańkach.

Na zakończenie przedstawia prelegent sprawę leczenia blednicy upustami krwi, streszczając prace Dyesa, Wilhelmiego, Scholza i Schuberta. Niektóre przypadki czynią wrażenie, jakoby poty były najważniejszym celem i następstwem tej najnowszej metody, czyli że rozchodzi się o przyspieszenie przemiany materyi. (Streszczenie własne).

Dyskusyą nad tym odczytem odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

4) Kol. Obtułowicz komunikuje sprawozdanie o epidemiach w powiecie lwowskim w miesiącu Styczniu 1895 r.

Stan zdrowia w powiecie był względnie wcale pomyślnym. Prócz sporadycznych przypadków duru osutkowego w 2 miejscowościach po za Winnikami pojawiały się przypadki duru brzusznego w okolicy Szczerca, nadto przypadki koklúszu i szkarlatyny również w okolicy Szczerca.

Ostatni przypadek cholery w powiecie zdarzył się w d. 8. Stycznia r. b. w Zamarstynowie.

Wyczerpawszy porządek dzienny zamknięto posiedzenie.

Sekretarz *Dr. Ukma.*

VI.

W sprawie dopuszczenia kobiet do studyów lekarskich.

Odpowiedź prof. Cybulskiemu.

Napisał

Prof. Rydygier.

Krótką może być odpowiedź moja na artykuł prof. Cybulskiego. Pierwsza część zawiera ogólniki po największej części znane, odnosi się do „wyższego wykształcenia kobiet“ do „szerszego zakresu wiedzy“, do czego i kobiety mają mieć prawo, a czego ja im wcale nie odmawiałem. Łatwo jest zbijać twierdzenia, których przeciwnik nie wypowiedział. Dlatego zupełnie zbytecznem jest dowodzenie, że nieznane są „prawa natury, któreby przeszkadzały człowiekowi szukać zadowolenia w rozszerzeniu swojej wiedzy w obserwacyi lub badaniu przyrody“, ale owszem podzielam najzupełniej to zdanie, niech się kobiety zajmują nawet astronomią jaknajpilniej, chociaż rzeczywiście niewiem, jakim sposobem Kopernik dostał się między kobiety i ich studya lekarskie. Zmniejszy się więc pewnie „wrażenie strasznego pogwałcenia praw natury, jeżeli profesor uniwersytetu staje na stanowisku potrzeby ograniczenia rozpowszechnienia nauki, ktokolwiek po nią sięga“. Przepraszam, profesorowie uniwersytetu mają nietylko prawo, ale obowiązek badania, czy sięgający jest uzdolniony, i prawo to wykonywają i nie „ktokolwiek“ się chwyci klamki uniwersyteckiej, zastaje drzwi otwarte, bo inaczej źleby wyglądało na naszych uniwersytetach.

Cały dalszy ustęp o zadaniu kobiety w domu i wychowaniu dzieci, jest bardzo ładny, nie odnosi się jednak ani do studyów lekarskich, ani do mego artykułu, bo ja nie odmawiam kobietom „prawa kształcenia swego umysłu“, przeciwnie usilniebym im to zalecał; a uważam tylko studya lekarskie i co ważniejsza praktykę lekarską dla nich za nieodpowiednie, a to są rzeczy zupełnie różne. To też wcale niepotrzebna jest obrona mej osoby, że przecież nie będę „twierdził, jakoby nauka posiadała tę tylko zaletę, że prowadzi do zaszczytów, godności i znaczniejszych dochodów; bo wiadomą jest rzeczą, że studya lekarskie prowadzą do praktyki lekarskiej i dlatego bywają zaliczane do t. zw. „Brodstudium“, a kobietom chodzi o uprawnienie nietylko do studyów lekarskich, lecz i do zdania egzaminów i co za tem idzie, do praktyki. Nie trudno byłoby rozprawić się i z innymi jeszcze ogólnikami z pierwszej części artykułu prof. Cybulskiego, do tego bierze aż pokusa, tak łatwo je zbijać, ale ja w pierwszym swoim artykule mówiłem i teraz chcę mówić tylko o studyach lekarskich i z nich wynikającej praktyce lekarskiej — a lubię trzymać się przedmiotu; — przechodzę więc do drugiej części artykułu.

Tutaj nie znajduję przytoczonego ani jednego dowodu rzeczowego na zbicie moich twierdzeń, ale tylko powoływanie się na zwyczaje i potrzeby w Rosyi lub Bośnii, nieliczące z naszemi, i na powagi, jak minister oświaty w Węgrzech, p. Szokalay, prof. Gaule, prof. Erisman i prof. Miecznikow.

Pan Szokalay mówił z punktu widzenia potrzeb Bośnii i kobiet mahometanek — to zupełnie odrębne stosunki i nie zapuszczam się w rozstrzyganie pytania, czy są potrzebne wyjątki — reguły to nie zmienia.

Pan minister oświaty powiedział, „że kobiety kwalifikują się nader na lekarki kobiet i dzieci, a nie mniej na aptekarki“. I potem pisze prof. Cybulski z wielką pewnością: „Zdanie tych ludzi, być może zrównoważą opinię pana Dohrna, na którą powołuje się prof. Rydygier“. Zbyteczna pewność! — bo co do położnictwa i ginekologii to zdanie doświadczonego profesora tychże przedmiotów p. Dohrna, który się nadto stykał z lekarzami-kobietami w praktyce i widział jak mierne ich zdolności, więcej znaczy, niż zdanie choćby samego ministra oświaty w Węgrzech!!

Prof. Gaule według artykułu prof. Cybulskiego pisze: „Co się tyczy zimnej krwi, zręczności, spokoju podczas eksperymentowania i wiwisekcyi“....., a dalej mówi o porodzie u swojej szwagrowej, w końcu o dobrze wykonanym porodzie kleszczami. Wiwisekcye i eksperymenta, to nie operacye na ludziach, a porody kleszczami bywają rozmaite; jeden lub nawet kilka dobrze dokonanych niczego nie dowodzi. Sam dokonywałem dawniej nieraz porodów kleszczami, którychby na pewno kobieta nie zdołała ukończyć. Zresztą piszę do czasopisma lekarskiego i spokojnie mogę pozostawić tę kwestyę do rozstrzygnięcia Kolegom praktykującym, którzy w tym względzie są kompetentniejsi, niż prof. fizyologii Gaule z Zurychu. Nadto samo wykonanie nie stanowi jeszcze wcale o kwalifikacyach, ale odpowiednie stawienie indykacyi i t. d., o czem tak dokładnie mówiłem w pierwszym swoim artykule.

Prof. Erisman i Miecznikow mówią o stosunkach w Rosyi — u nas są jednak inne stosunki.

Znajduję jeszcze zarzut, że za wysoką skalę wymagań stosuję do kobiet, bo tylko mała liczba z moich uczniów wychodzi na dzielnych operatorów — ale przecież niektórzy wychodzą, a jeszcze daleko większa część wyjśćby mogła,

gdyby tego była potrzeba. Przeciwnie z kobiet żadna — bo to bardzo rzadkie wyjątki stwierdzałyby tylko regułę — na dzielnego operatora wyjść nie może, bo niema na to ani dość zimnej krwi i rozwagi, ani szybkiej i stanowczej decyzyi, ani nareszcie po większej części sił fizycznych — o kobietach z Rosyi nie mówię oczywiście. Dalej czytamy „wszakże w wyjątkowo trudnych przypadkach w miastach, a nawet profesorowie urządzają konsylia i operują z pomocą asystentów i kolegów"!! — tego to już nie rozumiem wcale, jak to ma usprawiedliwić niższą skalę wymagań? — Chyba nikt nie może żądać, żeby najdzielniejszy profesor robił sam laparotomię!

Przykład Mme Lachapelle jest źle wybrany: jej zasługi odnoszą się do zwyczajnej praktyki położniczej i drobnych rękoczynów, a to pole właśnie zalecałem dla wykształconych kobiet.

Zarzut, że nie uwzględniłem doświadczenia innych ani statystyki jest też niesłuszny: Profesor Laskowski z Genewy ma chyba doświadczenie, a liczby jego są aż nadto wymowne — on zaś ma tę wielką zaletę, że będąc naszym rodakiem z pewnością u nas znajdzie wiarę, jeżeli przestrzega kobiety przed studyami lekarskiemi.

Kto z łaskawych Czytelników przeczytał aż dotąd moję odpowiedź, przyzna, że starannie unikałem wszelkich osobistych wycieczek, mimo zachęcającego przykładu z strony przeciwnej; są to rzeczy drażliwe, nieodpowiednie w poważnej dyskusyi naukowej a sprawa na tem nie zyskuje. Niech więc prof. Cybulski broni prof. Rydygiera. W artykule jego czytamy:

„W twierdzeniu tem, mnie przedewszystkiem razi sprzeczność w słowach prof. Rydygiera. Z jednej strony troszczy się on o stronę moralną Polek i uważa prawie za rzecz niemożliwą, ażeby kobieta Polka mogła studyować całą medycynę a więc i specyalne choroby męzkie, z drugiej strony nie dba wcale o inne kobiety i młode dziewczęta, które w razie chorób specyalnie kobiecych mają być badane wyłącznie tylko przez mężczyzn".

„Nie wchodzę w to, jakie są w ogóle zapatrywania na tę kwestyę, ja osobiście uważam to za rzecz grubego barbarzyństwa, że młode kobiety i niewinne panny w cierpieniach specyalnie kobiecych, zmuszone są zasięgać rady mężczyzn; jest to już prawdziwem pogwałceniem praw natury zmuszać człowieka do pokonywania w sobie w całości wrodzonego mu uczucia wstydu".

A dalej czytamy znowu: „Na pytanie prof. Rydygiera, w jaki sposób kobieta poradzi sobie na wsi, odpowiedziałem faktami, zaczerpniętymi z rzeczywistości w Rosyi, gdzie kilkadziesiąt kobiet, a kilka znanych mi osobiście, zajmuje posady lekarzy gminnych, gdzie one leczą wszystkich chorych, którzy się zgłaszają, a więc i mężczyzn i gdzie również kiła nie stanowi wyjątku. Jeżeli lekarz-mężczyzna leczy kobiety, to nie rozumiem, co w tem jest tak zdrożnego, że lekarz-kobieta obejrzy lub zbada w pewnych przypadkach mężczyznę".

A więc „grubem barbarzyństwem" i „prawdziwem pogwałceniem praw natury jest zmuszać człowieka do pokonywania w sobie w całości wrodzonego mu uczucia wstydu" — ale „nie rozumiem, co w tem jest tak zdrożnego, że lekarz-kobieta obejrzy lub zbada w pewnych przypadkach mężczyznę" — i to jeszcze „gdzie kiła nie stanowi wyjątku" — kto tego nie rozumie, tego ja nie nauczę, ale proste zestawienie tych zdań aż nadto wykazuje, po czyjej stronie sprzeczność w słowach, mnie zaś zupełnie oczyszcza z zarzutu sprzeczności.

Nie zajmowałem się i z góry wykluczyłem socyalną kwestyę, a pisałem tylko o dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich ze stanowiska nauki i praktyki lekarskiej. Dlatego nie mogłem zbijać tak często powtarzanego, a przez prof. Cybulskiego znowu przytoczonego frazesu brzmiącego niby przekonywająco a w każdym razie tak ładnie, że powinniśmy „uprzejmie otworzyć podwoje przybytku nauki dla rodaczek, ażeby kość z kości naszej nie poniewierały się na obczyźnie, nie były wystawione na rozmaite przykrości i tęsknotę za krajem i nie wnosiły w łono społeczeństwa po powrocie obcych nam prądów". Co do ostatnich, to one niestety innemi szerszemi bramami zalewają nasze społeczeństwo i te ich skutki widzimy. A na tęsknotę za krajem nie mam innej rady, jak pozostać w nim i pracować jak P. Bóg przykazał i stary matek zwyczaj. Kto zaś tego nie chce, sam sobie winę przypisać musi, a mnie tak już chirurgia uczy, że lepiej zawczasu wyciąć narośl złośliwą, niech boli jak chce, niż pozwolić na zniszczenie całego organizmu. Chociaż więc jest rzeczą bardzo bolesną, że 41 przypuśćmy rzeczywistych — Polek tuła się po obczyźnie, to lepiej to, niż zaprowadzać nieodpowiedne reformy, któreby setkom kobiet ułatwiły wejście na fałszywe drogi, a może je nawet do tego zachęciły.

Na tem kończę moją odpowiedź i więcej już nie zabiorę głosu, chybaby się znalazł przeciwnik, któryby rzeczywiste nowe zarzuty ze stanowiska lekarskiego podniósł przeciwko mojemu twierdzeniu, że studya lekarskie wogóle nie są odpowiednie dla kobiet.

Precz więc z Polski z dziwolągiem kobiety-lekarza!

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 28. Lutego 1895.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 23 b. m. pod przewodnictwem I. Wiceprezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem po wysłuchaniu zdania sprawy r. m. Dra Domańskiego oświadczono się za dozwoleniem sprzedaży w Krakowie masła sztucznego czyli margarynowego, o ile ono będzie należycie zrobione. Ażeby publiczność jednak ochronić, ile tylko możności, od kupowania masła sztucznego za naturalne, uchwalono zalecić Magistratowi, by na targach publicznych nie wolno było sprzedawać masła sztucznego, by masło sztuczne nosiło urzędownie nazwę margaryny, by je sprzedawano tylko w sklepach i to wyłącznie takich, w których niewolno będzie sprzedawać masła naturalnego i odwrotnie, by masło sztuczne sprzedawano dla tem lepszego odróżnienia od masła naturalnego czyli prawdziwego tylko w kostkach, noszących wyraźny napis wytłoczony: Margaryna a w końcu, by Magistrat co kwartał podawał do publicznej wiadomości wykaz handlarzy sprzedających masło sztuczne i cen za nie żądanych. Następnie fizyk miejski Dr. Buszek przedłożył wykaz chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w Styczniu r. b. Na wniosek jego uchwalono żądać przyspieszenia wykonania dawniejszej uchwały komisyi sanitarnej w sprawie budowy miejskiego szpitala dla chorób zakaźnych. R. m. Dr. Pareński wniósł, by Magistrat ponownie przypomniał lekarzom praktycznym obowiązek donoszenia o każdym przypadku choroby zakaźnej. R. m. Dr. Domański biorąc asumpt z przypadku zaszłego niedawno w jednym z krakowskich zakładów leczniczych, w którym podano choremu szynkę wągrowatą i wskazawszy, iż według zdania osób kompetentnych trafia się

nieraz w Krakowie mięso wągrowate, wniósł, by wezwać Magistrat 1) o wypracowanie projektu ściślejszej kontroli nad mięsem w Krakowie, 2) o porozumienie się z władzami właściwemi sąsiednich powiatów w sprawie urządzenia w Krakowie praktycznych kursów dla oglądaczy mięsa. Wniosek ten przyjęto. W końcu wniósł Dr. Bujwid, by pieczywo po sklepach nie było brane i ugniatane przez kupujących przed zakupieniem.

— *Medycyna* pisze. „W 7. nrze *Przeglądu lekarskiego* pomieścił prof. Rydygier artykuł p. t.: O dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich. Wyborny ten artykuł polecamy tym wszystkim, którzy w powyższej kwestyi z jakichbądź powodów nie byli w możności wyrobienia sobie własnego poglądu. Rzecz godna ze wszech miar uważnego odczytania".

— Na posiedzeniu najwyższej rady zdrowia austryackiej w dniu 25. Lutego b. r. oświadczył radca ministeryalny i referent spraw lekarskich w ministerstwie spraw wewnętrznych Dr. Kusy, że cholera wygasła w obrębie całej monarchii.

— Profesorowie Wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego, Drowie Brodowski, Hoyer, Kosiński i Nawrocki mianowani profesorami zasłużonymi.

— Lekarze gubernii radomskiej zawiązują Towarzystwo lekarskie.

— Błoniczy czy błonicowy? Gdy w ostatnich mianowicie czasach zaszła nieodzowna potrzeba używania przymiotnika urobionego z rzeczownika błonica, wrodzone poczucie własnego języka kazało nam pisać i używać błoniczy; w warszawskich zaś pismach lekarskich czytaliśmy i czytamy jeszcze do tej chwili błonicowy, przeciwbłonicowy i t. p. Mimo, iż byliśmy swego całkiem pewni, udaliśmy się z prośbą do prof. Dra Lucyana Malinowskiego, powagi na polu filologii słowiańskiej, znanego dobrze ze swej czynności profesorskiej w Warszawie, z prośbą o wyjaśnienie. Z gotowością godną wszelkiego uznania otrzymaliśmy odpowiedź, iż „w języku polskim nigdy nie było przymiotników dzierżawczych na owy a prawidło to tyczy się wszystkich rzeczowników żeńskich i nijakich, nie tylko zaś zakończonych na ica". Nie ulega przeto wobec tego wątpliwości, że jak mamy: *tętnica — tętniczy, dziewica — dziewiczy, gruźlica — gruźliczy, surowica — surowiczy*, tak również być musi *błonica — błoniczy, płonica — płoniczy* i t. d. Tego też prawidła trzymać się będziemy i nadal w swem piśmie; upraszamy Szan. Kolegów autorów, by się do niego stosowali w swych pracach *Przeglądowi lekarskiemu* nadsyłanych a spodziewamy się, iż uwagi nasze, oparte na zdaniu uczonego lingwisty przyjmie każdy, komu nieobojętne czystość i poprawność naszego języka.

— Redakcya *Casopisu lékaru českých* poświęciła Nr 7. z dnia 15. Lutego 1895. uczczeniu zasług profesora Bogumiła Eiselta w Pradze czeskiej, założyciela i pierwszego redaktora tego pisma w 40-tą rocznicę otrzymania doktoratu i służby szpitalnej. Do numeru dołączono wyborny wizerunek Szanownego Jubilata, który niech na tem miejscu przyjmie od nas wyrazy gratulacyi i uczczenia a spóźnienie się z niemi niech wybaczy okolicznością, iż nie otrzymaliśmy o tej uroczystości żadnego zawiadomienia, mimo, iż Szanowny Jubilat jest członkiem honorowym krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

— Chemiczna fabryka akcyjna (dawniej E. Scheringa) w Berlinie donosi, iż dostarcza na żądanie surowicy przeciwbłoniczej, której centymetr sześcienny zawiera co najmniej 100 jednostek immunizacyjnych (J. I.). Zwykła dawka lecznicza tej surowicy wynosi 5 cm.^{3} (500 J. I.) i kosztuje 1.75 marki, podwójna (10 cm.^{3}) kosztuje 3.50 marki. Surowica ta zawiera 0.4% trójkreosolu i trzyma się doskonale.

— Najbliższy (10-ty) międzynarodowy kongres dermatologiczny odbędzie się dopiero w roku przyszłym.

— W Rosyi mają się odbyć na wielki rozmiar próby z tępieniem myszy polnych hodowlami lasecznika duru mysiego (*bacillus typhi murium*). Rosyjskie towarzystwo ekonomiczne postarało się w tym celu o obznajomienie z tą metodą 10 lekarzy.

— Na podstawie pomiarów robionych przez pięć lat codziennie u pewnej liczby osób, oświadcza Parville, że stopień zmiany ciężaru ciała jest do pewnej granicy barometrem (*sit venia verbo*) zdrowia. Tak n. p. u dorosłego każde powiększenie się ciężaru ciała na dzień o funt czyli pół kilograma ma oznaczać coś chorobliwego. W prawidłowym stanie zdrowia wahania dzienne nie przenoszą 90 do 120 gramów. Wielkie zmiany w ciężarze są zawsze znakiem pewnej nieprawidłowości w ustroju.

Z wielkich dat statystycznych zebranych przez Queteleta, Beneckego, Buscha i Hoffmanna wypada, że średni ciężar w Europie wynosi u mężczyzny 65, u kobiety 55 kilogramów. Według Queteleta suknie ważą u mężczyzny $^1/_{19}$, u kobiety ... ciężaru ciała czyli u mężczyzny koło 3..., a u kobiety koło $2^1/_2$ kilogr. Daty te jednakże co do ubioru kobiet mają ze względu na zmienność mody znaczenie tylko bardzo przybliżone.

— Wyszedł z druku pierwszy tom zdania sprawy z międzynarodowego kongresu lekarskiego, w Rzymie w roku zeszłym odbytego. Członkowie tegoż kongresu mogą go otrzymać za nadesłaniem księgarni Rosenberga i Selliera w Turynie na opłatę pocztową franków 1.40 (czyli według obecnego kursu 69 centów), za co posyłka będzie także rekomendowana.

— **Nekrologia.** Zmarli: W pierwszych dniach Lutego na dur durowy w Sokołowie w gubernii siedleckiej w 37-mym roku życia Dr. **Józef Zawistowski**, lekarz lubiany w całej okolicy i cieszący się wielkiem zaufaniem publiczności. — W dniu 16. b. m. w Beaulieu pod Niceą **Dujardin-Beaumetz** znany klinik paryzki i płodny pisarz lekarski, redaktor *Bulletin général de Therapeutique*. — W Warszawie w dniu 25. Lutego przeżywszy lat 70 Dr. **Duszan Lambl**, profesor kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu św. Ducha, członek warszawskiego Tow. lek.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 8-mym. Prof. J. Dogiel i E. Grache: O wpływie nerwu błędnego na serce. A. Malinowski: Uwagi kliniczne o zwiastunach, zapobieganiu i leczeniu mocznicy u dzieci. W *Medycynie* Nrze 8-mym. W. Frankowski: Ostre epidemiczne torebkowate zapalenie gardła i jego stosunek do błonicy epidemicznej. W. Orłowski: O własnościach przeciwbłoniczych surowicy krwi dzieci. W *Przewodniku higienicznym*. J. Raczyński: O sztucznem żywieniu dzieci według ostatnich doświadczeń.

Redakcya otrzymała:

K. Rychliński: Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zboczeń umysłowych. (Odbitka z *Medycyny*).

J. Bogdanik: O leczeniu operacyjnem wypadniętej odbytnicy. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

Z. Bychowski: O chorobie Parkinsona. (Odbitka z *Medycyny*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6-go Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Kryński przedstawi nowy opatrunek na złamanie obojczyka; poczem mówić będą: 2) kol. doc. Sroczyński: *W sprawie przepisywania szkieł w anizometropii* (w różnicy refrakcyi ócz); 3) kol. prof. Cybulski: *O funkcyi nadnerczy.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Rok XI.

ZAPROSZENIE do PRZEDPŁATY

na

Chirurgiczewskij Wiestnik

(dalszy ciąg *Wiestnika chirurgicznego*)

który będzie wychodzić cztery razy na rok w zeszytach po 15 arkuszy druku według następującego programu:

1. Oryginalne artykuły we wszystkich kwestyach z zakresu chirurgii i pokrewnych z nią nauk.
2. Krytyka i bibliografia łącznie z jak najdokładniejszym przeglądem bieżącej literatury z różnych działów chirurgii.
3. Ogłoszenia.

Cena z przesyłką rocznie **7 rubli.**

Przedpłatę przyjmują wszystkie księgarnie i Redakcya (Petersburg, ul. Znamieńska 43) codziennie od 12 do 2 popołudniu.

Redaktor-wydawca

N. A. Weljaminow.

L. 231. / 1895.

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 8. Stycznia 1895. L. 72281. rozpisuje Magistrat jako Zarząd szpitala powszechnego w Stanisławowie konkurs celem obsadzenia posady sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Stanisławowie z płacą roczną 400 złr. pomieszkaniem wolnem w szpitalu powszechnym, opałem i światłem z obowiązkiem mieszkania w budynku szpitalnym.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę mają wykazać:
1) metryką, że nie przekroczyli lat 40.
2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich nabytym na wszechnicy austryackiej;
3) praktyką lekarską szpitalną;
4) dowodem obywatelstwa austryackiego;
5) znajomością języków krajowych.

Podania należy wnosić do Prezydyum Magistratu Stanisławowskiego w terminie **do 1. Marca 1895.**

Magistrat jako Zarząd szpitala. 71—2—2

Stanisławów dnia 9. Lutego 1895.

Dr. Nimhin.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 9. Marca 1895 r. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam St. rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam St. rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 197. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy (*trachoma*) [1].

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

Zanim przystąpimy do szczegółowego przedstawienia i ocenienia rozlicznych metod operacyjnych dziś w leczeniu jaglicy polecanych i stosowanych, nie będzie może od rzeczy, chociaż pobieżnie, rzucić okiem w przeszłość i w kilku grubszych rysach przedstawić historyę rozwoju tego sposobu leczenia.

Sięgając aż do najstarszych, znanych zabytków dzieł lekarskich, które wyszły z kapłańskiej kasty indyjskich braminów, księgi t. zw. „*Agur-Veda*“ (umiejętność życia). Charaka (14 w. przed Chr. i dzieł spisanych przez Susrutę [2]), znajdujemy tamże opis zapalenia spojówki, w którem występują „liczne małe guzki, wznoszące się ponad otaczającą powierzchnię, nieregularnie rozmieszczone, zwane *bartmaszarkara*“. Przeciw temu cierpieniu, jak również przeciw *ophthalmia purulenta*, rozwijającej się u dzieci, skutkiem żywienia złym pokarmem, lub zadziałania złych humorów i t. d. stosowano skaryfikacye spojówek i to, albo nacinając je ostro zakończonym skalpelem, lub też pocierając chropawą powierzchnią liścia jakiejkolwiek rośliny (liściem dzikiej figi i innych). Do operacyi tej przygotowywano pacyenta podaniem środków wymiotnych i przeczyszczających, następnie przeprowadzono go do chłodnego i zaciemnionego pokoju. Po operacyi przemywano oko przez pewien czas ciepłą wodą, poczem zalecano następującą mięszaninę: *managh* (czerwony siarczek arszeniku), *hises* (siarkan żelaza), *bosu* (pieprz długi i czarny, suchy imbier, sól kamienna, mięsza się to wszystko z miodem i odrobinę kładzie na wewnętrzną stronę powieki“. Tym sposobem wydalono „złe humory“ z oka, poczem stosowano ciepłą kąpiel i okład z *ghi* (topione masło bawole). Procedurę tę, z wyjątkiem nacięć, powtarzano co trzeci dzień. Tyle co do zabytków indyjskich.

Nie wchodząc w bliższy rozbiór, czy i o ile znajomość okulistyki w Indyach wpłynęła na jej rozwój u starożytnych Greków, godzi się zapisać, że w zbiorowem dziele Greków *Collectio hippocratica* zwanem, w którem dość pokaźne miejsce zajmują zapalne choroby oczu, znajduje się podobny do wyżej przytoczonego opis schorzenia spojówek, które tylko za jaglicę uważać musimy. Przeciw temu cierpieniu stosowano t. zw. *blepharoxysis* t. j. pocierano spojówkę wełną milezyjską, okręconą na wrzecionowate drewienko, a pocierano dopóty, dopóki zamiast krwi nie zaczęła spływać rzadka ciecz krwawo zabarwiona. Miejsce ranne przyżegano energicznie, lecz niezbyt głęboko i z ochronieniem brzegu powiekowego gorącem żelazem, w końcu wcierano mięszaninę zawierającą przetwór miedziowy, a kiedy strup skutkiem tych manipulacyj powstały, zaczął się oddzielać, dodawano nacięcie skóry w okolicy skroniowej.

Przechodząc z kolei rzeczy do późniejszej epoki aleksandryjskiej i rzymskiej, t. j. okresu, w którym okulistyka już jako odrębna specyalność się wyłania a jej adeptów nazwą *medici ocularii*, ὀφθαλμικοί zaszczycano, znajdujemy w dziele, które Celsus potomności przekazał, *(De medicina libri octo)* cenne wskazówki, że jaglicę (*aspritudo* Celsusa), również jak za czasów Hippokratesa mechanicznie usuwać się starano. Służyło ku temu celowi pocieranie szorstkim liściem figowym, lub też sondą

[1]) Według referatu przedłożonego sekcyi okulistycznej VII. zjazdu przyrodników i lekarzy we Lwowie.

[2]) *a*) Hirsch. Geschichte der Ophthalmologie *b*) Zaremba. Pogląd na stan sztuki lekarskiej w starożytnych Indyach. Poznań 1891.

karbowaną, albo też wreszcie usuwano wybujałości na spojówce ostrym skalpelem. Następnie dopiero wcierano przetwory ściągające, lub stosowano rozliczne wody do ócz *(collyria)*.

Jest więcej niż prawdopodobnem, że ten sposób leczenia jaglicy stosowano powszechnie aż do czasów znakomitego Galena, który dopiero pierwszy z pewnem powątpiewaniem o nim się wyraża i wcale go nie zaleca. Z wielką stanowczością wystąpił przeciw *blepharoxysis hippocratica* Severus, podając, że ona bynajmniej cierpienia nie usuwa, sprowadza natomiast tworzenie się głębokich i drażniących blizn. Radzi więc Severus stosować tylko środki żrące i spłukiwać następnie powieki dokładnie czystą wodą, a zarazem przestrzega (zgodnie z Galenem) przed ich używaniem przy równoczesnem zajęciu rogówki. Inni natomiast, prawie współcześni, *medici ocularii*, jak Alexander, polecają gorąco wykonywanie tej operacyi zapomocą wyżłobionej sondy, *os sepiae*, lub też szorstkiej skóry, a Paulus sporządził nawet ku temu celowi osobny przyrząd, który nazwał βλεφαροξύρον.

Z tych wyżyn, na których medycyna grecka za czasów Galena i bezpośrednich jego następców stanęła, zaczyna zwolna, lecz stale zstępować, tak, że od końca wieku 6go po Chr. aż po 16ty, a więc przez całe niemal wieki średnie zupełny zastój panuje. Wyjątek w tym względzie stanowi medycyna arabska [3]), która wzrósłszy na podstawie nauki greckiej, dochodzi do znacznego rozkwitu między 9tem a 11tem stuleciu. Niemal wszyscy arabscy lekarze polecają przeciw jaglicy *blepharoxysis*, a żyjący w 9tym wieku po Chr. Razes, wykonywał ten rękoczyn zapomocą ostrej łyżeczki (*cochlear*).

Pierwszy dokładniejszy opis występującego w przebiegu jaglicy schorzenia rogówki w formie łuszczki, podają Arabowie (*El Taberi*, w drugiej połowie 9go wieku żyjący nauczyciel Razesa), a wyżej wspomniany Razes zaleca również sposób operacyjny jej usunięcia, t. j. podwiązanie i przecięcie o ile można wszystkich naczyń na granicy rogówki, lub też, jak (Abulkesis (ur. 936 zm. 1013), jeden z najwybitniejszych chirurgów arabskich, radzi przecinać naczynia nożyczkami i nie zakładając podwiązek, przeczekać, dopóki naczynia nie wypróżnią się dokładnie.

Toby było mniejwięcej wszystko, cobyśmy zapisać mogli o wiekach średnich, a niestety i o nowożytnych, aż do 18go stulecia. Mimo bowiem, że reszta medycyny, a i znaczna część okulistyki, począwszy już od 16go stulecia, rozbudza się z średniowiecznego uśpienia i zwolna, lecz stale przechodzi z rąk rozlicznych awanturników i z okresu grubej empiryi do badań anatomicznych, to jednak z zadziwienia godną obojętnością pomijano zapalne choroby oczu.

A i wiek 18. chociaż zdjął z tego przedmiotu klątwę milczenia, nie posunął nauki ani o krok naprzód. Zamiast licznych, dawniej zalecanych wód do oczu, stosowano upuszczenia krwi, środki przeczyszczające i drażniące skórę, ograniczając leczenie miejscowe *ad minimum*. Tylko Woolhouse przystąpił z tajnym, a później przez uczniów jego zdradzonym, sposobem mechanicznego usuwania ziarn jagliczych, zapomocą osobnego, pędzelkowatego przyrządu, zwanego *systrum*. Inni, jak Platner, woleli w tym celu używać skaryfikacyj. W ogóle sposób ten bardzo niewielu znalazł naśladowców, a następnie zupełnie poszedł w zapomnienie.

Dopiero z początkiem naszego stulecia, a mianowicie po powrocie wojsk napoleońskich (1801) z Egiptu i przywleczeniu ciężkiego zapalenia jaglicowego spojówek, które odtąd jako *opthalmia militaris*, *aegyptiaca* i t. d. naprzód we Francyi i Włoszech, następnie i w Anglii, Niemczech, Polsce i Rosyi, grasowało i tysiące ofiar światła dziennego pozbawiło, powszechną na to cierpienie zwrócono uwagę i to nietylko ze strony lekarskiej, lecz także ze strony rządów. Pomijając zupełnie, jako leżące poza ramami niniejszego sprawozdania, liczne, mniej lub więcej udałe usiłowania pokonania tej choroby sposobem czysto lekowego leczenia, przejdziemy wprost do przedmiotu nas w tej chwili obchodzącego.

Skoro zważymy, jak znacznego nakładu sił, a zwłaszcza cierpliwości i czasu musi zużyć leczący i leczony na jaglicę, a często bez widoków zupełnego powodzenia, nikogo chyba dziwić nie będą liczne i usilne starania skrócenia całego przebiegu choroby i co najważniejsza, zapobieżenia nawrotom. I w tem jest powód znacznego i gwałtownego zwrotu w drugiej połowie naszego stulecia do operacyjnego leczenia jaglicy w ogóle i nadzwyczajnej obfitości licznych w tym celu proponowanych sposobów. A jednak mimo prób udałych i dobrym uwieńczonych skutkiem nie zdołał sobie sposób ten zapewnić powszechnego prawa obywatelstwa i przez wielu wprost za szkodliwy był uważanym, a i dziś jeszcze nie stał się powszechną własnością wszystkich. Bardzo być może, że poważny głos, zasłużonego Saemischa wiele na szali zaważył. Bardzo stanowczo występuje on przeciw jakimkolwiek zabiegom operacyjnym, zdążającym do usunięcia ziarn jagliczych i powiada wyraźnie: *Alle Behandlungsweisen, welche bezwecken, die Granulation direct zu beseitigen, sei es durch Cauterisation, Excision u. s. w., sind unter allen Umständen zu verwerfen* [4]).

Pierwszym, który myśl mechanicznego leczenia jaglicy, podaniem odpowiedniego sposobu operacyjnego w r. 1854. urzeczywistnił, był Dr. Pilz [5]) z Pragi. Duże ziarna jaglicowe wycinał on lekko zakrzywionemi nożyczkami, zwłaszcza ziarna znajdujące się w górnym i dolnym załamku, a także niekiedy i ziarna, gnieżdżące się na fałdzie półksiężycowym. Wiedział bowiem Pilz już wówczas, o czem dziś poucza nas codzienne doświadczenie, że usunięcie ziarn z załamków sprowadza znikanie ich na spojówce chrząstkowej, a nawet śmiałbym twierdzić, że zniszczenie ziarn w samym tylko załamku górnym, znakomicie wpływa na wessanie reszty. W przypadkach świeżych używa Pilz zamiast nożyczek, ostrej igiełki, którą nacina powłoczkę ziarna; zaś w razie rozległego nacieku tkanki podspojówkowej robi kilka krótkich nacięć w okolicy wypukłego brzegu chrząstki, poczem, jeśli masy ziarninowe same nie wystąpiły, zmusza je uciskiem do tego. Wyniki tego sposobu leczenia, miały być według Pilza, poprostu nadzwyczajne.

Nieco później wznowił Włoch Borelli (1859) starą *ophthalmoxysis hippocratica*, starając się usunąć ziarna jaglicowe zapomocą szczoteczki z cieniutkich drucików sporządzonej (*scardasso*). Podobnie, choć nieco odmiennym przy-

[3]) Lucien Leclerc. Histoire de la médecine arabe. Paris 1876.

[4]) Graefe Saemisch. T. 4.

[5]) Zur Therapie des Trachoms. Vierteljahrschr. f. d. pract. Heilkunde XI. Jahrg. Lehrbuch der Augenheilkunde. Prag 1859.

rządem, *spianatore* nazwanym t. j. płytką metalową o lekko ząbkowanej powierzchni, stara się Fadda osiągnąć ten sam cel. A nawet w najnowszych czasach zalecają Schröder[6]) Abadie, Darier i inni szczotkowanie ziarn jagliczych, cośmy w kilku przypadkach na tutejszym oddziale ocznym powtórzyli. Pomijając już tę niedogodność, że rękoczyn ten z powodu znacznej bolesności potrzeba wykonywać w głębokiej narkozie, ma on jeszcze i tę stronę wielce niekorzystną, że pocierając szczoteczką, niszczymy zarówno chore, jak zdrowe części, co z łatwych do zrozumienia powodów, jest więcej niż niepożądanem, a potem, przynajmniej w naszych przypadkach tak było, zadrażnienie jest nadzwyczaj mocne i długo, bo kilkanaście dni trwające.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Wpływ jadu błoniczego na krążenie.

Podali

Doc. Dr. A. Beck i Dr. W. Słapa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Uwagi godną w X-em doświadczeniu jest okoliczność, że w 15 godzin po wstrzyknięciu jadowitej hodowli, ciśnienie utrzymywało się na znacznej wysokości, nie mniejszej niż ciśnienie, jakie obserwujemy u królików prawidłowych i nie obniżało się wcale przez więcej niż dwie godziny. Dopiero o godz. 10 min. 45 a więc na $1^1/_2$ godziny przed śmiercią rozpoczyna się stopniowo obniżanie się ciśnienia krwi, tętno staje się wolniejszem a przytem dostrzegliśmy arytmię a raczej allorytmię, zależną, o ile obserwacya wprost pouczyła, od rytmu oddechowego. Wybitna arytmia wystąpiła dopiero na 10 minut przed porażeniem serca.

Doświadczenie V.

Następne doświadczenie miało przebieg bardzo podobny do poprzedniego, z tą tylko różnicą, że obniżenie ciśnienia nastąpiło jeszcze gwałtowniej, dopiero w 20 minut przed śmiercią a w 19 godzin po wstrzyknięciu 2 cm.^{3} hodowli użytej w poprzednim doświadczeniu. Na 20 minut przed śmiercią ciśnienie wahało się pomiędzy 79—73 mm. rtęci a już w 10 minut później pomiędzy 48—36. Tętno z 246 spadło na 90 na minutę. Arytmii nie dostrzegliśmy wcale.

Jeszcze wybitniejszy przebieg okazuje:

Doświadczenie VI.,

w którem nazajutrz po wstrzyknięciu królikowi 1900 gr. ważącemu 2 cm.^{3} hodowli w poprzednich doświadczeniach użytej, znaleziono ciśnienie 93—87 mm. rtęci, które z bardzo małemi zmianami utrzymywało się przez 3 godziny trwania doświadczenia, w skutek czego królika odwiązano i przywiązano powtórnie o godz. 3 min. 45, to jest w 22 godzin po wstrzyknięciu hodowli. Ciśnienie wynosiło wtedy 85—82 mm. rtęci, jednakże zwolnienie tętna było zapowiedzią zbliżającego się porażenia serca, które też nastąpiło bardzo rychło, bo w 5 minut po rozpoczęciu tej drugiej części doświadczenia. Fale tętna przed samą śmiercią były bardzo wysokie: różnica między ciśnieniem podczas skurczu a rozkurczu serca wynosiła 11 mm. rtęci, fala dykrotyczna i przedskurczowa bardzo wybitne.

Podobne wyniki co przy wstrzykiwaniu żywej hodowli, otrzymywaliśmy, wstrzykując czyste przesączone toksyny błonicy. I tak:

Doświadczenie VII.

Królikowi 2600 gr. ważącemu wstrzyknięto d. 9. Grudnia 6 cm.^{3} jadu błoniczego, który zabija świnkę morską średniej wagi w 24 godzin. Nazajutrz o godz. 9-tej a więc w 15 godzin po wstrzyknięciu:

Godzina		Ciśnienie. Maxim.	Minim.	Tętno
9 min.	0	97	89	180
9 „	30	100	94	
9 „	50	91	87	
10 „	00	96	92	
10 „	35	89	83	
10 „	50	92	88	
11 „	15	91	85	
11 „	30	85	78	222
11 „	40	74	63	195
11 „	43	57	42	138

W ciągu dalszych 2 minut ciśnienie nagle opadło do 0.

To nagłe wystąpienie objawów porażenia serca prawie bez żadnego poprzedniego osłabienia jego akcyi, podało nam pewne wątpliwości, czy nie przyczynia się do wystąpienia jego samo przywiązanie królika i manipulacye w doświadczeniu, trwające kilka godzin u królika, u którego jad błoniczy rozpoczął zgubne swe działanie na serce.

Wprawdzie przemawiało przeciw temu już doświadczenie dopiero co opisane, w którem pomimo tych samych szkodliwych stosunków nie przyszło po doświadczeniu trwającem przez 3 godziny do porażenia serca, które nastąpiło dopiero nagle w 4 godziny po pierwszem odwiązaniu. Chcąc jednak wszystkie wątpliwości pod tym względem usunąć i ażeby zarazem przekonać się, czy zgubny wpływ jadu błoniczego można usunąć przez wstrzykiwania antytoksyny, wykonaliśmy kilka innych doświadczeń, które pokrótce opiszemy. Do każdego z tych doświadczeń używaliśmy dwóch królików, równych co do wagi, którym równocześnie wprowadziliśmy pod skórę równe ilości toksyn błoniczych a następnie jednemu z nich albo zaraz albo też po upływie pewnego czasu wstrzyknięto surowicę leczniczą. Po kilkunastu godzinach króliki równocześnie przywiązywano do osobnych stolików i równocześnie zapisywano ciśnienie. Doświadczenia te dały wynik następujący: Króliki szczepione samym jadem, ginęły wśród tych samych objawów, jakie obserwowaliśmy w poprzednich doświadczeniach; zwierzęta zaś, które obok jadu otrzymywały surowicę leczniczą, nawet te, którym surowicę wprowadzono dopiero przed samem rozpoczęciem doświadczenia hemodynamicznego (królikom tym surowicę wstrzykiwano wprost do krwi), pomimo, że znajdowały się w tych samych stósunkach co pierwsze, albo wcale nie padały (jeśli surowicę wstrzyknięto równocześnie lub w krótkim czasie po wstrzyknięciu jadu), albo ginęły znacznie później tak, że niepodobna było przez czas tak długi prowadzić doświadczenia.

[6]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1888. N. 1.

Zestawiając wyniki otrzymane w doświadczeniach opisanych, pominiemy doświadczenia z działaniem samej surowicy leczniczej, która okazała się zupełnie bez wpływu na mechanizm ruchu krwi u królika. Te doświadczenia, jak to na wstępie mieliśmy sposobność oświadczyć, jakkolwiek stanowiły punkt wyjścia niniejszej pracy, jednak wobec ujemnych wyników pozostały na uboczu, dając tylko pobop do drugiej seryi doświadczeń, mających na celu zbadanie wpływu samego jadu na krążenie. Tym też doświadczeniom poświęcimy całą naszą uwagę. Doświadczenia te doprowadziły nas, jak widzieliśmy, do następujących wyników:

1) Bezpośrednio po wprowadzeniu jadu błoniczego bądź to czystego, bądź to z żywymi prątkami, bez względu na to, czy jad ten wprowadzamy wprost do obiegu krwi, czy pod skórę, nie można dostrzedz najmniejszego nawet wpływu na krążenie krwi.

2) Zaburzenia w prawidłowem krążeniu zjawiają się nagle a polegają na tem, że ledwie kilka lub kilkanaście minut przed śmiercią ciśnienie krwi zaczyna się obniżać a tętno staje się coraz wolniejszem i nieregularnem i w ciągu tych kilkunastu minut ciśnienie, które aż do tej chwili utrzymywało się prawie że na normalnej wysokości, opada do zera. Podobnie, jak ciśnienie, tak również i tętno, aż do tego ostatniego krótkiego okresu jest regularne a liczba jego nie odbiega wcale od cyfr prawidłowych. W jednem tylko doświadczeniu okres ten końcowy trwał dłużej, bo 63 minuty (Dośw. IV). Było to jednak jedno, jedyne doświadczenie z takim wynikiem, we wszystkich innych bowiem zmiany w krążeniu ograniczały się co najwięcej do ostatnich kilkunastu minut życia, w niektórych nawet śmierć następowała tak nagle, że spadek ciśnienia trwał zaledwie kilka sekund.

3) Przypuszczenie, że to nagłe wystąpienie zboczeń w krążeniu pod wpływem jadu błoniczego, jest następstwem wpływu szkodliwego, jaki wywiera doświadczenie kilka godzin trwające na królika osłabionego przez działanie samego jadu, możemy odrzucić wobec doświadczeń wykonanych z wstrzykiwaniem jadu i surowicy leczniczej. Doświadczenia te wykazały, że nawet króliki, którym dopiero przed samem łączeniem tętnicy z manometrem, a zatem w kilkanaście godzin po wprowadzeniu jadu błoniczego wstrzykiwano antytoksynę, daleko dłużej, pomimo pozostawania w tych samych stosunkach, utrzymywały się przy życiu. Operacyi zatem samej nie można uważać za czynnik przyspieszający zmiany w krążeniu, które, możemy śmiało to twierdzić, występują jedynie pod wpływem samego jadu, zawsze nagle bez żadnych zwiastunów. Potwierdzenie tego znajdujemy w doświadczeniu III., gdzie u królika zaszczepionego błonicą pomimo przywiązania i manipulacyi trwającej 2 godziny nie przyszło do zaburzeń obserwowanych w innych doświadczeniach; dopiero po dalszych 7miu godzinach, w których królik był swobodny, nagle w ciągu kilku minut, jakie upłynęły od chwili powtórnego przywiązania, ciśnienie spadło z wysokości prawidłowej do zera.

Zgadza się to zresztą najzupełniej z obserwacyami klinicznemi u ludzi, u których następuje śmierć z porażenia serca w przebiegu lub po przebyciu błonicy, jakoteż u zwierząt szczepionych sztucznie błonicą. U zwierząt tych obserwuje się często śmierć nagłą wśród pozornie najzupełniejszego zdrowia.

Musimy przeto uważać to nagłe występowanie zaburzeń w krążeniu, za swoiste działanie jadu błoniczego.

Że zaburzenia te nie są niczem innem, jak tylko następstwem nagłego porażenia serca, o tem dosadnie poucza nas obserwacya kliniczna oraz zmiany pośmiertne tak u ludzi zmarłych na błonicę, jak u zwierząt padłych skutkiem sztucznego zakażenia błonicą. Pomimoto jednak, ażeby wykluczyć wszelkie wątpliwości pod tym względem i przekonać się, czy porażenie serca już rzeczywiście pierwotnem, a nie następstwem porażenia oddychania lub ośrodków naczynioruchowych, wykonaliśmy jeszcze kilka doświadczeń dodatkowych, które usunęły wszelkie wątpliwości pod tym względem. Doświadczenia te bardzo proste, polegały na tem, że po wstrzyknięciu toksyn królikowi, wyczekawszy chwilę, w której ciśnienie krwi, zapisywane w sposób podany przy poprzednich doświadczeniach poczęło się obniżać, zastosowano w jednych doświadczeniach sztuczne oddychanie, w drugich podwiązywano aortę brzuszną tuż pod przeponą, w innych wreszcie zastosowano oba rękoczyny równocześnie. Rozumowanie nasze było następujące. Jeżeli porażenie serca nie jest pierwotnem, to może ono tylko być następstwem porażenia ośrodków oddechowych, albo następstwem samego obniżenia się ciśnienia, wskutek porażenia ośrodków naczynioruchowych. W pierwszym przypadku sztuczne oddychanie zapobiegałoby ustaniu akcyi serca i podniosłoby ciśnienie, w drugim przypadku podwiązanie aorty czyli zmniejszenie koryta wielkiego krążenia, przyczyniłoby się w każdym razie bodaj do chwilowego poprawienia się ciśnienia i przedłużenia choćby na krótki czas życia. Doświadczenia jednak wykazały, że nie było ani jednego, ani drugiego. Ani sztuczne oddychanie ani podwiązanie aorty, nie byli wstanie choćby na chwilę podnieść ciśnienia, które bez względu na ten rękoczyn upadało, jak w innych doświadczeniach, w których zwierzę zostawiono bez zmiany.

Doświadczenia te potwierdzają w zupełności spostrzeżenia kliniczne i experymentalne, że jad błoniczy działa wyłącznie na serce, porażając jego czynność.

Czy działanie to polega jedynie na zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym lub jego nerwach i ośrodkach nerwowych, czy może na tem, że pod wpływem jadu błoniczego wytwarzają się w ustroju inne szkodliwe substancye, które nagromadzone w pewnej ilości mogą działać jako trucizna serca i sprowadzić jego porażenie, tego oczywiście na podstawie opisanych doświadczeń rozstrzygnąć nie możemy. To tylko na pewno twierdzić można, że jad błoniczy wprowadzony sztuczną drogą do ustroju nie działa wprost, jak n. p. inna trucizna sercowa dzięki swojemu składowi chemicznemu, gdyż działanie to objawiłoby się odrazu po wprowadzeniu do obiegu krwi. Pozostają więc te dwie możliwości, o których wspominaliśmy t. j. albo działanie drogą zmian anatomicznych, albo też przypuszczenie, że w skutek zmiany w przemianie materyi pod wpływem jadu błoniczego powstają dopiero po upływie pewnego czasu dość nagle nowe substancye działające szkodliwie na serce.

Ponieważ zmiany anatomiczne nie mogą powstawać nagle, a gdyby pewne wsteczne zmiany rozwijające się w mięśniu sercowym były przyczyną porażenia, musiałoby się to już o wiele wcześniej odbić na krzywej ciśnienia, przeto przypuścić musimy, że przyczyną porażenia serca są zboczenia odżywcze, w ośrodkach nerwowych czyto w sercu samem,

czy też w układzie nerwowym środkowym. Możebnem by bowiem było, że pewne grupy ośrodków już przestały funkcyonować, gdy reszta spełnia jeszcze czynność swą należycie, i dopiero gdy wszystkie ośrodki lub bardzo znaczna część ulegnie zniszczeniu, przychodzi nagle do porażenia serca. Badania dalsze w tej mierze, o ile przypuszczenie to jest uzasadnione, są w toku.

W końcu spełniamy miły obowiązek, składając szczere podziękowania Szan. Prof. Bujwidowi za łaskawe i chętne udzielanie hodowli i wypróbowanych dokładnie co do jadowitości toksyn i Prof. Głuzińskiemu za światłe rady i pomoc podczas niniejszej pracy.

III. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie.

Uwagi kliniczne i bakteryologiczne nad błonicą.

Podał

Dr. Jan Raczyński,

asystent kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Nie przywiązując więc do tego wagi, zwróćmy się ku zadanemu pytaniu, jaki jest stosunek prątka do błonicy? Gdybyśmy chcieli uważać go za przyczynę tej choroby, to należy nam zastanowić się, czy odpowiada on tym wymaganiom jakie, idąc za Kochem, ustanawiamy dla drobnoustrojów swoistych chorobotwórczych.

Wymagamy więc od prątka chorobotwórczego, aby znachodził się w miejscu chorobowego ogniska a wymaganiu temu czyni prątek Löfflerowski zupełnie zadosyć; przekonywa nas o tem badanie błon wprost pod mikroskopem, wreszcie hodowle z błon.

Żądamy od drobnoustroju chorobotwórczego, aby znachodził się z a w s z e w miejscu chorobowego ogniska.

Jak wynika z załączonej tablicy, na 35 przypadków nie wykazano go 3 razy. Jeśli jednak nie opierając się na tych cyfrach, przypatrzymy się rezultatom innych, znajdziemy, że na 473 przypadków badanych (do r. 1891) przez Hoffmana, Babesa, Rouxa, Koliskę, Paltaufa i t. d. a zestawionych przez Tangla [3]), znaleziono go 450 razy. Od r. 1891 badania te, wykonywane dotąd wyłącznie przez bakteryologów, przenoszą się powoli do pracowni klinicznych a na 679 przypadków zestawionych aż po rok 1894. przez Eschericha [4]) (badanych przez Morela, Martina, Baginskyego), wykazano ów drobnoustrój 427 razy t. j. w 62%.

Ten stósunkowo znaczny procent przypadków bez wykazania prątków w tym czasie tłómaczyć sobie musimy tem, że zapewne niejednokrotnie w klinikach badano przypadki, w których rozpoznanie było wątpliwe, aby je rozstrzygnąć badaniem bakteryologicznem. Wielką zapewne rolę w wyniku badania odgrywa także sposób i wprawa w szczepieniu, jak to najlepiej widzimy na wynikach Baginskyego, który w pierwszej swej publikacyi [5]) do r. 1892. na 154 przypadków miał 118 razy wynik pomyślny, w obecnie zaś ogłoszonych [6]) 333 przypadkach znalazł prątek Löfflerowski 332 razy.

Zbierając razem dotąd ogłoszone przypadki zebrane przez Tangla, Eschericha, dodając do tego 70 własnych przypadków Eschericha, 333 Baginskyego i wreszcie 35 swoich, otrzymamy około półtora tysiąca dokonanych badań z przeszło 80% wykazania prątka rzeczonego. Gdyby nas jednak o stałej obecności prątka nie mógł nawet ten procent przekonać, to należy nam wziąść w rachubę, a na to zgadzają się wszyscy, że w przypadkach, które klinicznie rozpoznamy jako typy błonicy pierwotnej samoistnej, znajdziemy prątek Lofflera na p e w n e, wreszcie, że wykazywano go stale przez cały czas trwania choroby, t. j. dopóty, dopóki utrzymywały się błony a nawet po ich ustąpieniu (Escherich).

Ale od prątka chorobotwórczego, który chcemy uważać za przyczynę pewnej choroby, wymagamy jeszcze, aby się znachodził wyłącznie w tej chorobie, dla której ma być swoistym.

Nie mając w tym względzie własnego doświadczenia, oprzeć się muszę na zdaniu obcem. Już sam Löffler a później Hoffmann [7]), Fränkel [8]), Utthof wykazali pierwsi w jamie ust, drudzy w worku spojówkowym osób zdrowych, prątki tych samych cech morfologicznych i biologicznych jak błonicze nawet o pewnej jadowitości. Są to wprawdzie skąpe jak dotąd doniesienia a ważności ich nie należy przeceniać. Wiemy jak rozmaite jest działanie tych samych drobnoustrojów, jak na przykład obojętny w wielu razach paciorkowiec staje się w pewnych okolicznościach złośliwym, wiemy nawet o samej błonicy, że do wywołania jej na błonie śluzowej tchawicy królika nie wystarczy wprowadzenie tam prątków Löfflerowskich, lecz że do wywołania tej sprawy chorobowej koniecznie jest jeszcze zdarcie przybłonka.

Podobne stósunki od rozmaitych zależne okoliczności mogą zachodzić i w jamie ust człowieka a znajdujące się tam prątki mogą dopiero w pewnych razach przybierać tę chorobotwórczą rolę.

Do udowodnienia swoistości chorobotwórczego prątka musi być wykazaną także jego jadowitość na zwierzętach. Krótkie roztrząśnienie tej sprawy zostawimy na później (III); nadmienić tylko dla ciągłości sprawy należy, że prątek względnie jego toksyny wywołują pewne zmiany cechujące a do błonicy człowieka podobne.

Na podstawie tych wszystkich powyż przytoczonych okoliczności, zdaje się, nie ulega żadnej wątpliwości, że p r ą t e k w y k r y t y p r z e z L ö f f l e r a j e s t p r z y c z y n ą s a m o i s t n e j b ł o n i c y. A jednak nie zawsze jasno dająca się wytłómaczyć obecność innych mikroorganizmów, różna a z niewiadomych przyczyn zmienna jadowitość prątka i t. d. sprawiają, że zdania wytrawnych badaczy są co do tej kwestyi podzielone, że przeciwko zdaniu Eschericha, Bergmanna, Baginskyego [9]) i t. d. uznających w prątku Lofflera jedyną przyczynę błonicy, wystąpił Virchow, Hansemann, Ritter [10]) i t. d. W każdym razie oparci na przytoczonych dowodach możemy przyjąć zapatrywanie, że w y k r y t y p r z e z L ö f f l e r a p r ą t e k w y w o ł u j e b ł o-

[3]) Tangl: Unterricht über die Diphtherie. Centralblatt für allg. Path. und an. Pat. 1890. Bd 1.

[4]) Escherich: Aetiologie und Path. der ep. Dipht. I. s. 23 i 24.

[5]) Zur Aetiologie der Dipht. Berl. klin. Wochsft. 1892.

[6]) Berl. klin. Wochsft Nr. 53. 1894. s. 1202.

[7]) Wiener med. Wochsft. 1888 Nr. 3—4.

[8]) Fränkel: Berliner klin. Wochsft. 1893. Nr. 11.

[9]) Berliner klin. Wochsft. Nr. 53, 1894. i Nr. 2. 1895.

[10]) l. c.

nicę a zamiast dotychczasowego pojęcia błonicy czysto klinicznego podstawić dziś pojęcie daleko ściślejsze, bo na etyologii oparte i uważać za błonicę tylko to cierpienie, którego przyczyną, jeśli nie w zupełności to przynajmniej w znacznej części, jest obecność prątków swoistych a względnie ich toksyn.

Nie wynika ztąd, abyśmy rozpoznawali błonicę tylko z obecności prątków, przeciwnie uwzględnić zawsze należy wszystkie inne objawy kliniczne, również nie wynika, żebyśmy jej nie mogli rozpoznać bez badania bakteryologicznego; zapewne w niejednym razie obejdziemy się bez niego, chociaż dokładne, ścisłe rozpoznanie kliniczne winno być badaniem bakteryologicznem poparte i uzupełnione.

Aby klinikom ułatwić to dokładne rozpoznanie a ominąć badanie bakteryologiczne, które obok wprawy wymaga przedewszystkiem pracowni właściwej z całym jej przyborem, wprowadził Heubner podręczny sposób poszukiwania prątków wprost w błonach roztartych na szkiełku.

Chcąc mieć w tym względzie własne doświadczenie, o ile na badaniu tem polegać można, wykazywałem w znacznej części przypadków badanych bakteryologicznie równocześnie obecność prątków w błonach, zasięgając jak zawsze tak i w tym razie życzliwej rady prof. Bujwida. W znacznej części tych przypadków znajdowaliśmy niekiedy prawie czyste hodowle prątków tak obfitych i tak typowych, że nie mogło ulegać wątpliwości, że są to prątki Lofflerowskie a w tych razach i hodowla dawała obfite, łatwo wyosobnić się dające kolonie. W pewnej zaś części przypadków ułożenie prątków i ich kształt pozwalały z prawdopodobieństwem rozpoznawać prątki błonicze. Charakterystycznem jest, że w przypadkach płoniczego zajęcia gardła nie wykazano w błonach nigdy żadnych laseczek, mogących przypominać prątki Lofflerowskie a jak wspomniano powyżej i hodowla dawała w tych przypadkach zawsze wynik ujemny.

Sposób ten zupełnie ścisły nie może mieć znaczenia, jakie ma dokładne badanie bakteryologiczne a jednak za używaniem go choćby do pobieżnego zoryentowania się przemawia ta łatwość przyrządzenia sobie takiego preparatu, która pozwala bez pracowni bakteryologicznej każdemu posiadającemu mikroskop z immersyą wykonać to badanie i w danym razie rozstrzygnąć, czy ma się z błonicą do czynienia, czy nie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

S. Grosglik: **Aseptyka w kateteryzowaniu** (z oddziału chirurg. Dra Krajewskiego w Warszawie). *Przegląd chirurgiczny*. T. II. z. II. 1895.

Autor zastanawia się we wstępie nad przyczynami zmian w pęcherzu moczowym po kateteryzowaniu przez długi czas i odnosi je do zaniedbania przepisów aseptyki, które znów ma źródło swoje w trzech powodach: 1⁰ w dosyć znacznej odporności pęcherza moczowego na zakażenie, co sprawia, że nawet częste wprowadzanie do pęcherza zanieczyszczonych narzędzi nie wywołuje złych skutków i może naprowadzać chirurgów na myśl o zbyteczności aseptyki w kateteryzowaniu; 2⁰ w trudnościach, napotykanych przy odrażaniu narzędzi kauczukowych i 3⁰ w trudnościach technicznych kateteryzowania aseptycznego.

W pracy właściwej roztrząsa autor przepisy postępowania przy kateteryzowaniu aseptycznem.

W pierwszej części swej pracy poddaje autor krytyce, opartej na badaniach bakteryologicznych, wszystkie dotychczas używane metody odrażania narzędzi używanych do badania i leczenia dróg moczowych, a więc: 1) Odkażania płynami antyseptycznymi; 2) odkażania gazami antyseptycznymi i 3) odkażania za pomocą wysokiej temperatury.

Co do pierwszego nadmienia autor, że prawie wszystkie prace, dotąd ogłoszone, w sprawie działania płynów antyseptycznych na zgłębniki pęcherzowe mają tę wadę, iż niedostatecznie uwzględniają potrzebę następnego usunięcia z narzędzia płynu odkażającego.

Autor używał do swych doświadczeń zgłębników kauczukowych już używanych i to w całości (nie kawałków i to nowych, jak to czynił Barlow) i odkażał je w sposób następujący. Naprzód mył je ciepłą wodą z mydłem przez 3—5 minut, następnie przepuszczał przez nie mocny prąd wody zimnej przez 2—3 minut i osuszywszy płótnem wyjałowionem wkładał do rozczynu sublimatu (1:1000) na pół godziny i znów osuszał watą i płótnem wyjałowionem.

Zgłębniki, w ten sposób traktowane, udało mu się na 12 razy tylko 2 razy wyjałowić dostatecznie i dlatego oświadcza się, że ani oczyszczenie mechaniczne, ani żaden płyn odkażający nie wyjaławiają dostatecznie narzędzi z tym dodatkiem, że te ostatnie psują je, a dostając się wraz z niemi do cewki moczowej, drażnią jej błonę śluzową.

Odkażanie gazami i parami antyseptycznemi, do czego w ostatnich czasach polecano kwas siarkawy i parę rtęci, okazało się według doświadczeń autora również nieskutecznem.

G. odkażał zgłębniki kwasem siarkawym w sposób podany przez Boulangera i Janeta z kliniki Guyona a pomimo, że narzędzia te pozostawały w tymże gazie przez 24 godzin, otrzymywał z nich z łatwością kultury, nadto przekonał się, że guma i kauczuk ulegają po dwukrotnej zaledwie takiej procedurze zniszczeniu do tego stopnia, iż obawa zachodzi użycia ich po raz trzeci.

Stosownie do przepisów Fourcauda z kliniki Lannelonguea (*Sterilisation et conservation aseptique des instruments en gomme elastique et en caoutchouc vulcanisé*) pozostawiał G. zgłębniki przez 24—140 godzin w parze rtęci, t. j. w powietrzu nasyconem ulatniającą się rtęcią, lecz rezultaty były jeszcze gorsze, niż poprzednie, na czem się opierając, orzeka, że odkażanie narzędzi parą rtęci nie wytrzymuje krytyki, że metoda Lannelonguea opiera się na błędnych podstawach a twierdzenia Fourcauda nie zgadzają się z rzeczywistością.

Najdzielniejszem, jak wszędzie, tak i tutaj, pokazało się wyjaławianie za pomocą gorąca, a w szczególności pary wodnej. Gdzie idzie o zgłębniki i katetery metalowe, tam sprawa przedstawia się bardzo prosto, wystarcza bowiem zwykłe wygotowanie przez 5 minut w wodzie wrzącej, czy to będzie w zwyczajnym garnku, czy też w przyrządzie do tego umyślnie zbudowanym, jakim jest n. p. przyrząd ogólnie obecnie używany Schimmelbuscha-Lautenschlägera. Trudniejszą jest sprawa z kateterami i zgłębnikami z gumy elastycznej lub wulkanizowanej, jako też z t. z. elastycznemi, t. j. wytworzonemi z plecionki jedwabnej, powleczonej specyalnym lakierem, narzędzia te bowiem niszczą się łatwo przy zwyczajnem wygotowaniu.

Autor zastanawia się przeto nad całym szeregiem przyrządów podanych w ostatnich czasach a mających służyć do wyjaławiania miękkich i elastycznych kateterów.

W pierwszym rzędzie zastanawia się nad metodą Delagéniérea, który radził narzędzia te wyjaławiać w gorącem powietrzu, dochodzącem do 130⁰ C. Autor przyznaje, że tym sposobem stają się przyrządy te jałowemi, lecz zwraca uwagę na to, że naprzód tylko dobre fabrykaty znieść mogą

takie postępowanie, pośledniejsze zaś, a powiedzmy otwarcie, przeważnie dzisiaj używane, nie wytrzymują go, nadto jest ono za kłopotliwe, aby oprócz w zakładach i w rękach specyalistów mogło się utrzymać pomiędzy pacyentami, zmuszonymi kateteryzować samych siebie i to po kilka razy na dobę.

Wcale skutecznym i o wiele praktyczniejszym znajduje autor sposób Alapyego, który każdy zgłębnik owija w osobną bibułkę z odpowiednim napisem i wszystkie razem odkaża je w parniku. Niedopisywały według autora tylko katetery i instyllatory o bardzo cienkiem świetle. Sposób ten również jest trudnym do użycia w prywatnej praktyce.

Przyrząd Farkasa jest według autora nieodpowiednim dlatego, że przepuszcza parę tylko przez wnętrze kateterów, gdy strona ich zewnętrzna pozostaje nieodkażoną.

Najpraktyczniej zbudowanym, przytem tanim, a więc i w praktyce prywatnej mogącym być użytym, jest przyrząd Kutnera, którego zasadę połączył autor ze zwykłymi przyrządami Schimmelbuscha, tworząc w ten sposób przyrząd własnego pomysłu, przeznaczony raczej dla zakładów i specyalistów, niż dla pacyentów. Opis szczegółowy obu tych przyrządów należy przeczytać w oryginale.

Po tym przeglądzie podaje autor ogólne prawidła odkażania kateterów i zgłębników. Cewniki metalowe i z miękkiej gumy (Nelatonowskie) radzi autor po prostu wygotować we wrzącej czystej wodzie (bez dodatku sody!) przez 5 minut, czy to w puszce Schimmelbuscha, czy w przyrządzie swego pomysłu, czy też w zwyczajnym garnku; wspomina przytem o bardzo zmyślnym przyrządziku Duchasteleta, w którym cewniki te mogą być wygotowane i natychmiast w stanie odkażonym przechowane.

Cewniki metalowe najlepiej jest odkażać bezpośrednio przed użyciem, gumowe zaś można zostawić w wodzie, w której się gotowały, co ważnem jest dla tych chorych, którzy sami się kateteryzują po kilka razy we dnie i w nocy.

Cewniki elastyczne (jedwabne angielskie ciemnożółte, a z czarnych francuskich tylko fabrykaty Vergnea) można sterylizować tylko w przyrządzie Kutnera lub Grosglika a następnie przechowywać je w również wyjałowionych słojach szklanych.

Każdy zgłębnik i cewnik powinien przed sterylizowaniem być dobrze mechanicznie oczyszczonym. To czyszczenie należy odbywać zaraz po użyciu narzędzia a to dzieje się przez obmycie go wodą ciepłą z mydłem i przestrzykanie wnętrza wodą. Po obmyciu wycierać należy instrumenta suchą gazą lub szmatką aż do suchości i przechowywać w miejscu wolnem od kurzu.

W drugiej części swej pracy podaje autor przepisy aseptycznego kateteryzowania, przedstawiwszy kilka rażących przykładów obecnego, niestety dosyć częstego postępowania nietylko w prywatnej praktyce, lecz nawet w publicznych zakładach.

Słusznie wymaga on następującego postępowania przy badaniu zgłębnikiem lub kateteryzowaniu pęcherza:

1º ręce mają być do każdego takiego rękoczynu należycie ciepłą wodą z mydłem przez minut 5 a w sublimatowym roztworze (1:1000) przez 2 minuty wymyte po mechanicznem usunięciu nieczystości z pod paznogci, do czego zachwala użycie mydła z pyłem marmurowym Schleicha (porówn. Nr. 31 *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894) zamiast tarcia zwykle używanemi szczotkami ręcznemi. Nadto radzi autor, ze względu na trudność odkażania rąk, starać się jak najmniej dotykać cewnika palcami, osobliwie zaś koło jego dzioba.

2º Do posmarowania narzędzia należy użyć tłuszczu odkażonego. Autor nie zgadza się ani na proponowaną przez Kutnera glicerynę z kwasem borowym, ani na Guyona pomadę z gliceryny, mydła i sublimatu, lecz radzi pozostać przy najmniej drażniącej i mikroorganizmom najsilniejszy opór stawiającej wazelinie, dodaje jednak, że w tym celu powinien być osobny słoik z odkażoną wazeliną, której nie powinno się już używać do żadnego innego celu a najmniej do wprowadzania doń palca; dlatego należy zanurzać w wazelinie tej tylko dziób wyjałowionego przedtem cewnika, rozsmarowanie odbędzie się samo w cewce moczowej.

Odkażanie wazeliny polega na wygotowaniu jej przez pół godziny; najlepiej słoik napełniony wazeliną i zatkany korkiem szklanym wstawić na pół godziny do wrzącej wody.

3º Odkażanie pola operacyjnego. U mężczyzn należy obmyć całą żołędź, u kobiet całą szparę sromową wodą z mydłem i lekkim roztworem sublimatu.

Trudniejszem jest odkażenie cewki moczowej, w której roi się, osobliwie w pobliżu ujścia zewnętrznego, od mikroorganizmów, jak to wykazali pierwsi Lustgarten i Mannaberg a potwierdziło wielu innych badaczy. Nie wszyscy jednak zgadzają się na ich szkodliwość; gdy jednak nie rzadko zdarza się napotkać gronowiec złocisty, przeto zdaniem autora należy postarać się i o odkażenie cewki moczowej, osobliwie zaś w tych przypadkach, gdzie z góry możliwość zakażenia przewidywać trzeba a mianowicie: a) w ostrych i chronicznych sprawach zapalnych samej cewki; b) we wszelkich sprawach patologicznych, połączonych z całkowitem lub częściowem zatrzymaniem moczu, przekrwieniem lub uszkodzeniem błony śluzowej pęcherza.

Płukanie cewki powinno się odbywać albo za pomocą strzykawki, albo za pomocą irygatora i to albo wodą przegotowaną, albo przegotowanym roztworem kwasu borowego. Unikać należy środków drażniących, jak azotanu srebra lub sublimatu.

4º Tak płyny, które do pęcherza wstrzykujemy, jak i narzędzia, za pomocą których je wstrzykujemy, powinny być odkażone. Jak łatwem do uskutecznienia jest pierwsze, tak znowu trudnem drugie. Płyny, jakiejkolwiek natury, mające być wprowadzone do cewki lub pęcherza, powinno się przegotowywać, lub ze świeżo przegotowaną wodą przyrządzać, gdyż środki antyseptyczne, w tych celach używane, całkiem nie wystarczają, a najmniej już 4% roztwór kwasu borowego, tak chętnie przez lekarzy za Guyonem do przemywania pęcherza używany.

Autor jest za używaniem strzykawek do przemywania pęcherza, gdyż one dają prąd łagodniejszy i dający się ręką operatora moderować, lecz za to trudności w odkażaniu są tem większe. Strzykawki najnowszej konstrukcyi Farkasa z jednolitym cylindrem szklanym i tłokiem z wulkanizowanego kauczuku, jako też Schmidta, cała metalowa, dają się łatwo sterylizować, lecz za to w obu chodzą tłoki trudno i dlatego są mniej przydatnemi od szklanych strzykawek z tłokami skórkowemi. Te ostatnie dadzą się utrzymać w należytej czystości, jeżeli tylko nie będą do innych celów używane, jak do wstrzykiwań płynów sterylizowanych. Strzykawka taka powinna być przechowywana pod szkłem dla uchronienia jej przed kurzem; raz na tydzień należy ją rozebrać, wymyć wodą ciepłą z mydłem, dalej przemyć eterem, wyjałowić wszystkie części z osobna przez wygotowanie a w końcu tłok posmarować wyjałowioną wazeliną; kankę należy wygotować świeżo przed użyciem.

5º Szczególne środki ostrożności podaje autor, idąc w ślad za Guyonem i Felekim dla tych przypadków, w których jest chroniczne zatrzymanie moczu z rozciągnięciem pęcherza (*retention incomplete avec distension*), a w których pomimo najściślejszej aseptyki powstaje przy kateteryzowaniu nieżyt pęcherza. Do tych środków nie zalicza przetworów zachwalanych, jak salol, naftol, betol i t. p., lecz systematyczne opróżnianie pęcherza po 4 razy na dobę, t. j. co sześć godzin, przyczem należy uważać, aby nigdzie cewki nie ranić (dlatego najlepiej operować cewnikiem Nelatona) i aby nigdy, a osobliwie przy pierwszem kateteryzowaniu, nie opróżniać pęcherza nagle.

6º W końcu rekapituluje autor całą technikę aseptycznego kateteryzowania, kładąc nacisk osobliwie na to, aby tak

lekarz, jak chory sam się kateteryzujący przygotowali sobie wszystko przedtem, nim odkaża ręce dla zapobieżenia zakażeniu ich podczas manipulacyi a ja od siebie dodam na zakończenie niemieckie przysłowie: *Man muss das Unmögliche fordern, um das Mögliche zu erreichen.* *Obaliński.*

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

6) Prof. Kuniyosi Katayama i prof. Yanamatsu Okamoto (z Tokio w Japonii): Studya nad ślepotą i niedowidzeniem wywołanemi przez nerecznicę samczą *(filix mas)*.

Przy sposobności przypadku sądowego, tyczącego się pewnego chorego na *anchylostomum duodenale*, u którego po 10-dniowem używaniu *trae filicis maris aethereae* wystąpiła zupełna ślepota, podjęli autorzy szereg doświadczeń na psach w zakładzie sądowo-lekarskim wszechnicy w Tokio. Na podstawie kilkunastu doświadczeń i spostrzeżeń na ludziach, zebranych w literaturze, doszli autorowie do następujących wniosków: Eteryczny wyciąg nerecznicy samczej jest w stanie w pewnych dawkach wywołać tak u ludzi jak i zwierząt objawy zatrucia ze strony przewodu pokarmowego i ośrodkowego układu nerwowego. Niedowidzenie i ślepota może czasem, lecz nie musi stanowić następstwa rzeczonego otrucia. Zmiany te należy uważać za pokrewne podobnym zmianom, dostrzeżonym w przewlocznem zatruciu alkoholem i tytoniem a powstają one łatwiej u ludzi niedokrwnych, niż u zupełnie zdrowych. Zmiany te u ludzi i zwierząt występują jednakowo często (w równych odsetkach). Wyciąg nerecznicy samczej używany przez ludzi w dawce od 3—10 gr. dziennie przez szereg dni, u psów zaś stosowany w dziennej dawce od 0·05—0·21 na kilogr. wagi przez szereg dni jest w stanie sprowadzić ogólne objawy zatrucia lub też ślepotę.

7) Peham (z Wiednia): O pęknięciu tętnic dogłowowych przy powieszeniu.

Autor roztrząsa na podstawie 186 przypadków powieszenia, sekcyonowanych w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim, w których wykryto pęknięcie błony wewnętrznej tętnic dogłowowych, cechy tego pęknięcia, usadowienie, okoliczności i sposób powstania. Pęknięcie to zazwyczaj przenikające błonę wewnętrzną *(intima)* trafia się najczęściej tuż nad rozdziałem tętnicy wspólnej na zewnętrzną i wewnętrzną. Powstaje ono najłatwiej przy użyciu niezbyt grubej a sztywnej pętli n. p. sznura. P. odpiera stanowczo tłómaczenie Ignatowskiego, jakoby pęknięcie to powstawało przez naciąganie tętnicy wywołane z jednej strony pętlą, z drugiej zaś ciężarem ciała, gdyż sprzeciwiają się temu spostrzeżenia autora i okoliczność stwierdzona w zwłokach zadzierzgniętych *(strangulatio)*, u których mimo braku przyczyn mogących wywołać naciągnięcie tętnic dogłowowych, już wielokrotnie znaleziono pęknięcie ich błony wewnętrznej. Tak więc nie może być, zdaniem autora, wątpliwości, iż przyczyny tego objawu szukać należy w ucisku wywartym przez pętlę wisielcza na naczynia, jak to już zauważył Hofmann. Że objaw Amussata częstszym jest w zwłokach ludzi powieszonych na mocy wyroku sądowego niż w zwłokach samobójców, nie może zadziwiać; tu bowiem kat pociąga skazańca za nogi a zatem podnosi ucisk wywierany przez pętlę na części miękkie szyi, zatem i na tętnice dogłowowe.

8) E. Pilz (w Wiedniu): O ranach kłutych.

P. omawia na podstawie bardzo wielu własnych spostrzeżeń, zebranych w praktyce przy sądzie karnym w Wiedniu, cechy ran kłutych, częste podobieństwo ich z ranami ciętemi, ocenę ich wedle obecnego kodeksu karnego i częstość zadawania ich różnym okolicom ciała. Zajmujące i mające doniosłe znaczenie dla praktyki uwagi, których niepodobna streścić, wyjaśnia autor na nader udatnych a licznych rycinach, dodanych do tekstu pracy.

9) L. Wachholz (we Lwowie): Samobójstwo rzekomo przez otrucie antypiryną, rzeczywiście zaś przez otrucie strychniną. Badania nad istotą stężenia pośmiertnego i nad wpływem niektórych alkaloidów roślinnych na czas jego wystąpienia i przebieg.

W. podaje przypadek samobójstwa 21-letniego człowieka, który w liście pożegnalnym do przyjaciela oświadczył, iż otruł się antypiryną, gdy badanie chemiczne treści żołądka wykazało sporą dawkę strychniny. W przypadku tym wystąpiło bardzo wczas stężenie pośmiertne i było nadzwyczaj mocne. Przy sposobności tego przypadku podjął W. doświadczenia nad wpływem niektórych alkaloidów na czas wystąpienia stężenia i jego przebieg. Z doświadczeń tych wynika, że alkaloidy, które wywołują znaczne wysiłki mięśniowe, n. p. kurcze przed śmiercią, są przyczyną wcześniejszego nastania stężenia. I tak n. p. morfina, wywołująca gwałtowny niepokój u kotów, pociągała w ich zwłokach najwcześniejsze nastanie stężenia, podobnie i strychnina w wielkich dawkach, mniej już weratryna, wcale zaś na czas wystąpienia nie wpływała muskaryna. Jakkolwiek pewne alkaloidy wywołując kurcze, przyspieszają stężenie pośmiertne, przecież jednak stężenie nie trwa w tych przypadkach dłużej, niż w innych. Owszem ustępuje stężenie tem wcześniej, im wcześniej się pojawiło. W. przekonał się, że stężenie nie ustępuje często mimo wybitnych oznak gnicia zwłok a to mianowicie wówczas, gdy zwłoki znajdują się w chłodnem miejscu. W dalszym ciągu poddaje W. krytyce teorye tłómaczące istotę stężenia. Wykazawszy na podstawie odpowiednich doświadczeń słabe strony teoryi fizyologicznej Brown-Séquarda i chemicznej Brückego i Kühnego, oświadcza się jednak na razie za teoryę chemiczną, przyjmując w niej tłómaczenie powstania stężenia, jakie podał Tourdes; twierdzenie bowiem, jakoby wzmagająca się kwasota w pierwoszczu mięśnia z chwilą śmierci była przyczyną wydzielenia się myozyny, traci swą wartość, odkąd Blome wykazał, że ilości kwasu w mięśniu stężałym a żywym są jednakie. Zapatrywanie zaś Tourdesa, że odczyn kwaśny jest dla mięśni właściwym, za życia jednak jest on pokryty zasadowym odczynem krwi, że zatem z chwilą ustania krążenia występuje odczyn kwaśny i sprowadza skrzepnięcie myozyny a zatem i stężenie, jest poparte doświadczeniami Al. Schmidta, Ludwiga i innych.

10) Dittrich (w Pradze). Granice rozpoznawczego znaczenia wykrytego w zwłokach ekshumowanych arszeniku.

Autor opisuje cztery przypadki ekshumacyi zwłok osób zmarłych śmiercią nagłą, która wedle późniejszego doniesienia, miała nastąpić wskutek otrucia arszenikiem. Zwłoki przedstawiały po otwarciu trumny szkielety pokryte w częściach odpowiadających brzuchowi brudną, zgniłą miazgą, w której chemicznie wykazano ślady arszeniku. Na podstawie tego wyniku chemicznego badania, orzekli wezwani lekarze sądowi stanowczo, iż osoby te zmarły wskutek otrucia arszenikiem. Mimo to jednak zażądał sąd opinii wydziału lekarskiego w Pradze, a ten zasięgnąwszy zeznania świadków co do przebiegu i objawów chorób, jakie poprzedziły śmierć, obalił orzeczenie pierwszych znawców jako nieuzasadnione. W epikryzie powyższych przypadków, zwraca D. uwagę na to, iż arszenik znajdywany w zwłokach ekshumowanych może pochodzić od wieńców, ubrania i t. p. przedmiotów, jakie wraz ze zwłokami dostają się do trumny. Jeśli arszenik zostanie wykryty w wewnętrznych narządach zwłok,

których wielkie jamy ciała osłaniające powyższe narządy nie są jeszcze otwarte, wówczas można jeszcze przypisać znaczenie rozpoznawcze temu wynikowi badania chemicznego. Natomiast wykrycie arszeniku w skąpych resztkach części miękkich, gdy jamy ciała są otwarte a narządy w nich mieszczące się są znacznie przeobrażone, nie może być dowodem otrucia arszenikiem. Wnioski co do śmierci z otrucia arszenikiem są w tych przypadkach co najmniej wątpliwe a *in dubio* mówi zasada, należy oceniać łagodnie a nie stanowczo.

(Dokończenie nastąpi).

Choroby wewnętrzne.

Prof. E. Hofmann (w Wiedniu): **O nagłej śmierci wskutek pęknięcia tętniaków na podstawie mózgu.**

Bardzo częstą przyczyną nagłej śmierci jest pęknięcie tętniaków na podstawie mózgu, na co już dawniej zwrócił uwagę Bernheim. W ciągu 20 lat znalazł prof. Hoffman 75 przypadków takich, w których za przyczynę śmierci można było uważać tylko krwotok podoponowy a przy bliższem szukaniu zawsze znachodził tętniaki na podstawie mózgu. Wykazanie takich tętniaków jest nadzwyczaj ważne i często może się zdarzać, że mimo to że krwotok jest dosyć znaczny, tętniaka odnaleść nie można, co tłomaczy się tem, że tętniak był bardzo mały. Częściej jednak trafia się, że wprost mimo wykazania krwotoku podoponowego nie szuka się szczegółowo tętniaka. W tych 75 sekcyonowanych przypadkach autora, było 53 kobiet a mężczyzn tylko 22, odwrotny zupełnie stosunek, jaki się przytrafia co do tętniaków w samym mózgu, gdzie procent mężczyzn przeważa nad procentem kobiet. Wiek, w którym najczęściej przydarza się zejście śmiertelne w tej sprawie przypada u mężczyzn na lata między 40 a 50, u kobiet zaś na lata między 60 a 70. U obu płci zaś znajdywał autor tętniaki z zejściem śmiertelnem już przed rokiem 15 i tak sekcyonował dziewczynkę 10-letnią, tudzież 14-letniego chłopca, w których tętniak był w *art. vertebralis sinistra*. W obu przypadkach naczynia odznaczały się ścianami nadzwyczaj wiotkiemi. Tętniaki znajdywał autor najczęściej w *art. fossae Sylvii* i w *art. communicans anterior*, w drugiem miejscu opisane są tętniaki w *art. basilaris* i w *art. vertebralis*, na trzeciem w *art. corp. callosi*. Rzadko zaś przydarzają się w *art. communic. post.* i w *art. profunda cerebri*, najrzadziej zaś w *art. ophthalmica*.

Tętniaki znajdywane w tych przypadkach dochodzić miały do wielkości nawet orzecha, choć inne były wielkości główki od szpilki, otwory do tętniaków najczęściej szerokie. W kilku przypadkach znalazł nawet autor paciorkowate rozszerzenie tętnic na podstawie mózgu, wskutek licznych koło siebie usadowionych tętniaków. *Aneurysma arterioso-venosum* i *dissecans* nigdy nie znachodził. Ściany tętniaków były prawie zawsze bardzo cienkie, choć zdarzały się i przypadki, gdzie były wyraźne zmiany miażdżycowe. Tętniaki a sprawy miażdżycowe w miejscu, o którem mowa, bynajmniej nie zostają ze sobą w związku, gdyż często widzieć można było u osób młodych tętniaki bez zmian miażdżycowych w ścianach, lub też zdawało się, że tętniczka sama była bez zmian, tętniak zaś z niej wychodzący okazywał ściany zgrubiałe (*endarteriitis*) tak, że trzeba było przypuszczać, że tu rozszerzenie było pierwotnem, powstanie zaś tętniaka następowem. Trafiały się znów i takie przypadki, w których niewątpliwie miażdżyca wywołała wystąpienie tętniaka. Czy tętniaki zostają w związku ze zmianami Heubnerowskiemi (kiłowemi), tego autor nie mógł wykazać, choć miał jeden przypadek z pęknięciem tętniaka u indywiduum, które przebywało kiłę. Ściany jednak mikroskopowo badane nie okazywały zmian Heubnerowskich. W drugim przypadku zaś u chłopca z podobnem zejściem, ściany tętnic okazywały się zewnętrznie zgrubiałe, jednak również badanie mikroskopowe wykluczyło zmiany Heubnerowskie. Autor sądzi, że początkiem powstania tętniaków jest rozszerzenie naczyń w następstwie ich delikatności z powodu wadliwego rozwoju ich błony mięśniowej i pierwocin sprężystych w ścianach naczyń na podstawie mózgu. Cienkość tych ścian najlepiej uwydatnić można przez porównanie z podobnemi ścianami odpowiednich naczyń gdzieindziej.

Tam gdzie naczynie za bardzo cienkie, już wzmożona akcya serca lub utrudnienie krążenia żylnego lub wadliwe krążenie w mózgu wystarcza do wywołania rozszerzenia tętnic a nawet do ich pęknięcia.

Nietylko jednak cienkość naczyń odgrywa ważną rolę, ale też i ułożenie tętnicy, dużo bowiem znaczy, czy tętnica przebiega luźno, jak n. p. *carotis* przy wyjściu z *sinus venosus*, lub *arteria ophtalmica* lub *arteria corp. callosi*, czyteż jest przytwierdzona do sąsiedztwa. W tych bowiem przypadkach, gdzie wolno przebiega, uraz już może wywołać pęknięcie rozszerzonej tętniczki lub tętniaka w niej tkwiącego.

Często jest tylko samo rozszerzenie tętnicy a na tle urazu może powstać tętniak nagle, podobnie na tle zatoru lub na tle pasorzytniczem. W razie, gdy w woreczku tętniakowym powstanie zakrzep, może on w pomyślnych stosunkach doprowadzić do zobliterowania tętniaka. Często jednak w sąsiedztwie takiego tętniaka powstaje drugi. Najczęściej tętniaki nie zdradzają się żadnymi przypadami; w razie, gdy są duże, mogą dawać objawy podobne do ucisku mózgu jak guzy i tu objawy najcięższe są przy tętniakach na *art. vertebralis* i na *art. basilaris*.

Objawem wspólnym wszystkich przypadków miała być migrena, w trzech wystąpiły nawet napady apoplektyczne, jednak bez szkodliwych następstw, w innych zmiany ze strony nerwu troistego.

Zejście śmiertelne zawsze jest szybkie, w kilku tylko konanie przeciągnęło się po nad 5 godzin. Zwiastunem pęknięcia jest nagły upadek, utrata przytomności, następnie drgawki toniczne i kloniczne. W kilku przypadkach było nawet *stadium prodromorum*, w którem objawy ze strony żołądka i jelit brały górę, formalna *gastroenteritis* tak, że lekarz nawet mylił się często, podejrzywając otrucie. Często jednak nawet obducenci mylą się; znalazłszy bowiem krwotok, nie szukają głębiej i prowadzą do fałszywego wniosku. Autor podaje ciekawy pod tym względem przypadek. Umarła nagle kobieta, o której, ponieważ żyła w ustawicznych niesnaskach ze swoim mężem, rozgłoszono, że ją mąż zamordował. Przy sekcyi znaleziono krwotok podoponowy, który niedoświadczonego mógł naprowadzić na domysł, że powstał z urazu. Jednak, ani sińca, ani uszkodzenia czaszki nie znaleziono. Znalazł jednak autor tętniak w *art. com. post.*, który pękł i stał się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Drugi przypadek zdarzył się u cyklisty, który jadąc na bicyklu spadł nagle i ducha wyzionął. Sekcya wykazała zranienie powłok czaszkowych i krwotok podoponowy. W tym razie przyczyną krwotoku było pęknięcie tętniaka *art. fossae Sylvi*. Upadł więc z bicyklu wtedy, gdy pękł tętniak. Uszkodzenie zaś zewnętrzne powstało z upadnięcia. Często następowało pęknięcie po mocnem wzruszeniu, ruchu, parciu na stolec, poronieniu lub porodzie. Na szczególniejszą uwagę zasługują te przypadki, w których jest obok krwotoku podoponowego i pękniętego tętniaka pęknięcie czaszki lub uszkodzenie zewnętrzne, które powstają następowo przy upadaniu i uderzeniu o twarde przedmioty i które mogą fałszywe światło rzucić na całą sprawę.

Z tej przyczyny śmierć nagła wskutek pęknięcia tętniaków na podstawie mózgu jest ważna, szczególniej dla lekarza sądowego, by tenże fałszywem orzeczeniem nie naraził osób będących w podejrzeniu na krzywdę.

Dr. E. Piotrowski.

Terapia.

Heffter (w Lipsku): **O lekach krew tamujących, podawanych w chorobach kobiecych.**

Autor wylicza w ogóle sposoby, za pomocą których możemy tamować krwotok z rozdartych, lub zranionych naczyń i tak: Możemy użyć sposobu mechanicznego przez zastosowanie środków, które krwi odciągają wodę i czynią ją skłonniejszą do krzepnięcia, n. p. waty, Penghawar-Djambi,

albo możemy użyć przetworów chemicznych, które ścinają białko krwi, jak n. p. półtorachlorku żelaza i środków zawierających garbnik. Inny sposób polega znowu na wywołaniu tak silnych skurczów naczyń, że krew dalej wypływać nie może. Osiągnąć to możemy przez zastosowanie miejscowe b. nizkiej temperatury, przy krwotokach zaś z macicy także przez użycie wystrzykiwań pochwy wodą gorącą, do 40° R., ale skurcz naczyń możemy też wywołać przez podanie leków wewnętrznych lub wstrzyknięcie pod skórę, które podobno mają sprowadzać skurcz naczyń, chociaż do tego czasu nie jest wykazane, w jaki sposób działanie to się odbywa. Do leków tych należy w pierwszym rzędzie:

Secale cornutum (Sporysz). Działanie trujące tego leku znanem było już w starożytności, na własności lecznicze dopiero zwrócił uwagę Thalius w XVI. stuleciu. W XVII i XVIII stuleciu medycyna umiejętna nie wie prawie o niem, chociaż środek ten był używany we Francyi, Holandyi i Niemczech do wzmocnienia bólów porodowych, naturalnie nieraz z bardzo smutnemi następstwami tak, że władza zmuszoną była wdać się w tę sprawę. Dopiero w naszem stuleciu lekarze angielscy i amerykańscy, a na ich czele Stearns zwrócili uwagę na lecznicze własności sporyszu; od tego też czasu zyskuje on sobie miejsce w szeregu leków i wchodzi do lekospisu.

Co się tyczy składu chemicznego sporyszu, musimy niestety powiedzieć, że do tego czasu, mimo licznych bardzo badań nie znamy go dokładnie. Składniki, które działają leczniczo, są to ciała o nadzwyczaj zmiennej budowie i łatwo się rozkładające. Liczne a pod względem składu chemicznego bardzo różniące się wyciągi znane w handlu pod nazwą ergotyny powiększają niewątpliwe trudności dokładnego poznania sporyszu pod względem chemicznym. Są to wyciągi wodne lub alkoholowe, zawierające mniejszą lub większą ilość składników sporyszu, które mają wartość leczniczą.

Między wieloma składnikami sporyszu, a jest ich bardzo wiele, trzy tylko, jakto wykazał Kobert, mają działanie fizyologiczne, a to dwa kwasy, t. j. kwas ergotynowy i sfacelinowy, i ciało zasadowe, kornutyna. Kwas ergotynowy jest głównym składnikiem ergotyny Bonjeana, Wernicha i wyciągu sporyszowego farmakopei niemieckiej. Kwas sfacelinowy znajduje się w większej ilości w ergotynie Wiggersa. Skład kornutyny, którą otrzymali w małych ilościach Kobert i Bombelon, nie jest znany.

Według badań Łazarskiego i Grünfelda najwięcej działających środków zawiera sporysz, zbierany świeżo przed dojrzeniem żyta.

Co do fizyologicznego działania wyż wymienionych sporyszowych składników, polegać musimy na badaniach Koberta.

Kwas ergotynowy, który jest masą bezpostacią biało-żółtą, łatwo wodę przyciągającą rozpuszcza się w wodzie łatwo, zadany wewnętrznie nie działa, wstrzyknięty pod skórę lub do żyły, poraża rdzeń a śmierć powstaje skutkiem porażenia ośrodka oddychania. Co się tyczy działania na narząd krążenia, to na serce nie wywiera wpływu, natomiast ciśnienie krwi już po dawce 0.01 obniża się, a to skutkiem obniżenia pobudliwości ośrodka naczynioruchowego. Kwas ergotynowy nie wywiera żadnego wpływu na macicę tak ciężarną, jak i nie ciężarną.

Kwas sfacelinowy jest owym składnikiem sporyszu, który wywołuje w doświadczeniach na zwierzętach zgorzel. Co się tyczy działania na krążenie, to po użyciu go, podnosi się parcie krwi i powstają drgawki podobne, jak po strychninie. Śmierć następuje wskutek porażenia oddychania. Kwas sfacelinowy działa więc na rdzeń przedłużony, drażni ośrodek naczynioruchowy. Co się tyczy działania na macicę, to wywołuje silne skurcze macicy tężcowe a skutkiem tego następuje śmierć płodu.

Z zasadowych składników najważniejsza jest kornutyna. Sprowadza ona pewne stężenie mięśni i drgawki przerywane; większe dawki sprowadzają śmierć przez ustanie oddychania. W macicy wywołuje kornutyna okresowe kurcze a szczególniej w macicy ciężarnej. Co do krążenia, to drażni ona ośrodek błędnego nerwu, przez co czynność serca staje się wolniejszą, parcie się zwiększa; działania tego jednak nie ma, jeżeli przedtem zwierzę otrujemy chloralem lub przetniemy mu rdzeń pacierzowy, z czego wynika, że kornutyna drażni ośrodek naczyniowy i wywołuje skurcz tętnic. Doświadczenia z samicami ciężarnemi wykazały, że kornutyna z końcem ciąży rzeczywiście łatwo sprowadza czynność porodową przez wywoływanie skurczów macicy.

Działanie krew tamujące sporyszu odbywa się w dwojaki sposób, a mianowicie przez wywoływanie skurczów macicy a tem samem zaciśnięcie naczyń; ten skutek wywiera kornutyna i przez to, że powstaje zadrażnienie ośrodka naczyniowego i skurcz naczyń, a to wywołuje i kornutyna i kwas sfacelinowy.

Jakież więc przetwory mamy podawać, aby osiągnąć skutek, t. j. skurcze macicy i skurcz naczyń?

Wyciąg farmakopeą objęty działa tylko, jeżeli jest świeży; ergotyna Bonjeana nie działa wcale; wyciąg Wernicha także nie odpowiada wymaganiom, wyciąg płynny Yvona, który przez dodanie kwasu salicylowego nie tak łatwo się rozkłada, jest skuteczny (Seton, Prochownick). To samo można powiedzieć o ergotynie Bombelona, oddaje ona dobre usługi zwłaszcza podskórnie wstrzyknięta (Autrecht, Driver). Kobert poleca gorąco kornutynę Gehego i Spki. Dawka wynosi 0.01 na dzień. Pamiętać należy, że często w miejscu wstrzyknięcia powstają ropnie, nacieki bolesne i zapalenie tkanki podskórnej.

Ustilago maidis. O tym środku w roku 1866. przez Halla do praktyki wprowadzonym a przez Koberta dokładnie chemicznie zbadanym da się tyle powiedzieć, że pochwały, jakie mu oddają praktycy (Fivth, Dorland, Święcicki) nie są chemicznie, ani farmakodynamicznie usprawiedliwione a środek ten nie może zastąpić sporyszu.

Cortex radicis gossypii. Środek ludowy murzynów w południowej części Ameryki północnej do wzniecenia poronienia. Zbadany chemicznie przez Wayna i Stachla zawiera żywicę, której ma zawdzięczać działanie. W Niemczech zachwala go Prochownick przy włókniakach a Jerzykowski w przypadkach bolesnej miesiączki i osłabnięcia bólów. Używa się naparu (5—10:200, albo wyciągu płynnego 2—5).

Hamamelis virginina. Używa się liści i kory z korzenia. Środek używany zewnętrznie przez Indyan, jako kojący bóle a przez kobiety, jako środek krew tamujący podczas poronienia. Środek mało pod względem chemicznym zbadany. Zachwalony przez lekarzy amerykańskich, którym ma dobre usługi oddawać w krwotokach płucnych i macicznych. Zadawać należy jako odwar lub wyciąg płynny 1.0—2.0 kilka razy dnia, lecz ostrożnie, aby nie wywołać niemiłych objawów ubocznych jak: uderzenia krwi do głowy, uczucia zimna, bicia serca, osłabienia i upośledzenia wzroku.

Cortex viburni. Kora surowa z *viburnum prunifolium*. Zawiera środek gorzki wiburninę. Jest trucizną sercową; wywołuje znaczne obniżenie parcia krwi. Działanie tego środka jest niepewne. Największą sławą cieszy się jako środek łagodzący bóle w bolesnem miesiączkowaniu i jako środek zapobiegający poronieniu (Phares, Payne, Joseph, Schatz).

Używa się wyciągu płynnego (1·0—4·0) lub wyciągu gęstego (0.2—0.6) kilka razy dziennie.

Hydrastis canadensis. Korzeń rośliny amerykańskiej; środek ludowy Indyan używany celem tamowania krwotoku. Do Europy wprowadził go Bantley a Schatz wprowadził go do praktyki ginekologicznej. Zawiera dwa składniki działające, t. j. berberynę i hidrastynę. Fellner i Pellacani wykazali, że wyciąg sprowadza podwyższenie parcia krwi i że działa na mięśnie macicy, wywołując skurcze. Schatz określa dokładnie wskazanie do użycia tego środka: Krwotoki z powodu włókniaków, krwotoki maciczne z powodu *metritis*,

w sprawach zapalnych części dodatkowych. Mendes de Leon zaleca wyciąg w obfitem miesiączkowaniu, w krwotokach w okresie przejściowym, w bolesnem miesiączkowaniu, w tyłozgięciu macicy jako środek podnoszący *tonus* części rodnych.

Fellner poleca podawać go w obfitem miesiączkowaniu u dziewcząt, w krwotokach podczas połogu z powodu niedowładu macicy; I. Veit zaś chce ograniczyć wskazanie. Schatz wykazał, że środek ten nie jest w stanie wywołać bólów porodowych.

Środek ten jest niewinny, działań ubocznych niemiłych nie ma; niesmaczny wprawdzie, ma nawet wywoływać poprawę łaknienia. Podajemy go jako wyciąg płynny po 15 kropel co 3 godziny lub 30—40 kropel po 3 razy dziennie.

Hidrastynina. Przez utlenienie hidrastyny za pomocą kwasu azotowego rozcieńczonego otrzymujemy hidrastyninę. Z kwasami tworzy sole w wodzie rozpuszczalne. Chlorek hidrastyniny, najwięcej używany, ma smak bardzo gorzki a roztwór wodny okazuje nieznaczną fluorescencyę. Działa silniej i pewniej, niż *hydrastis canadensis*. Dawka trująca poraża rdzeń a śmierć następuje wskutek porażenia oddechania. Na serce nie działa, natomiast podwyższa parcie krwi, a tętno staje się wolniejszem przez to, że drażni ośrodek nerwu błędnego, nadto sprowadza skurcz naczyń. Można hidrastyninę wstrzykiwać podskórnie, przy czem miejscowo nie widzimy żadnych objawów zadrażnienia. Na macicę nie wywiera wpływu, to jest nie sprowadza skurczów mięśni; to też nie działa w razie krwotoków z niedowładu lub z powodu zatrzymania resztek popłodu, nie wzmacnia też czynności porodowej. Falk pierwszy wprowadził środek ten do praktyki ginekologicznej. Używał go z dobrym skutkiem w przypadkach bolesnej miesiączki, w *pyosalpinx* z krwotokiem, w *endometritis* i włókniakach. Wstrzykuje się 5% roztwór chlorku hidrastyniny po $\frac{1}{2}$—1 strzykawki najlepiej na 6—8 dni przed peryodem.

Opierając się na wielu spostrzeżeniach, które pojawiły się w literaturze w ostatnich latach (Emanuel, Czempin, Strassmann, Abel i t. d.), można powiedzieć, że środek ten okazał się skutecznym w krwawieniach obfitych u dziewcząt, w krwawieniach w okresie przejściowym, w *endometritis* i sprawach zapalnych części dodatkowych, połączonych z krwawieniem. Podaje się też wewnętrznie w pigułkach lub kapsułkach po 0·025. Co do ubocznych objawów nieprzyjemnych, to przecież czasem w miejscu wstrzyknięcia powstaje obrzęk (Falk, Abel). Gottschalk sądzi, że, jeżeli się podaje więcej niż po 0·05 trzy razy dziennie, występują zaburzenia w trawieniu lub ostre zapalenie gardła (*pharyngitis*).

Atropina. Trudno sobie wytłómaczyć, jak działa atropina, którą w krwotokach macicznych wstrzykuje po dwa razy dnia (0.0003) i bardzo gorąco poleca Dmitriow; ma ona wywierać niezawodny skutek tam nawet, gdzie zawodzi hidrastynina i ergotyna.

Salipirynę poleca w obfitej miesiączce i w krwawieniach, których przyczyna nie są nowotwory macicy, Kayser w postaci kołaczyków po 1·0 po 3 razy dziennie. Binz zaś sądzi, że podawanie przetworów zawierających kwas salicylowy, który właśnie wywołuje czasem krwawienie i obfitą miesiączkę, jest niewłaściwe. (*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*. Tom 2. Zeszyt 2. Luty, 1895).

Dr. Cercha.

Choroby dzieci.

Funk i Grundzach: **O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka.**

Na związek pokrzywki z krzywicą mało dotychczas zwracano uwagi. W 45 przypadkach rumienia pokrzywkowego znaleziono zawsze mniej lub więcej wybitne objawy krzywicy. Dzieci te badane dokładniej okazywały nadto atonię żołądka tego stopnia, że dolna granica nieraz sięgała do pępka. Przyczyny tego szukać należało w błędach żywienie, dzieciom tym bowiem obok piersi podawano pożywienie inne, przyczem niejednokrotnie przekraczano miarę w ilości podawanych płynów. Przyczyną, wywołującą wybuch pokrzywki, może być ząbkowanie, ospa wietrzna i t. d.

Wobec związku, jaki wykazano między pokrzywką a cierpieniem żołądka, ciekawem było pytanie, jak się zachowuje żołądek u dzieci chorych na świerzbiączkę (*prurigo*), która, jak wiadomo, pozostaje w pewnym związku z pokrzywką. Z jedenastu przypadków świerzbiączki badanych w tym względzie, znaleziono u 3 najmłodszych podobne objawy jak w pokrzywce, u 8 zaś prawidłowe granice żołądka. (*Medycyna* 2. 1894) *Dr. Jan Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

31. E. Régis (w Bordeaux): Leczenie substancyą gruczołu tarczykowego matołectwa (kretynizmu) i wola endemicznego. Skuteczność leczenia substancyą gruczołu tarczykowego różnych postaci obrzęku śluzakowego nie ulega dziś żadnej wątpliwości, jak również i to pewne, że substancya przerzeczona okazała się nieraz skuteczna w rozmaitych chorobach skórnych, niektórych cierpieniach umysłowych i w otyłości (por. Nr. 23. 32. i 51. *Przeglądu lekarskiego* z r. z.).

Wobec tego należało się spodziewać, że środek, o którym mowa, będzie spróbowany w chorobach do obrzęku śluzakowego bardzo podobnych, to jest w wolu endemicznym i matołectwie. Nadzieja ta wszakże zawiodła i do dziś dnia nie ukazała się w tej mierze żadna praca, co niewątpliwie przypisać należy znacznym trudnościom w zastosowaniu tego leczenia w miejscach oddalonych od ognisk cywilizacyjnych i zazwyczaj bardzo porozrzucanych.

Mimo to sprawa zasługuje na zbadanie ze względu na swe znaczenie terapeutyczne i społeczne dla wielu okolic i krajów.

Autorowi nadarzyła się szczęśliwie sposobność korzystania w tej mierze z usług Dra Gaida, pochodzącego ze Sabaudyi, gdzie matołectwo i wól występują w wielu dolinach górskich endemicznie. Dr. G., jeszcze jako uczeń marynarskiej szkoły lekarskiej w Bordeaux, zadał sobie trudu i próbował substancyi gruczołu tarczykowego tak w prostym wolu, jak i w matołectwie bez wola i w matołectwie z wolem i przekonał się na 10-ciu przypadkach dokładnie przez siebie samego obserwowanych, że leczenie to wywiera widoczny, nieraz naprawdę zadziwiający wpływ na przebieg wymienionych zboczeń. Polepszenie występowało w podobny sposób jak w prostym wolu i obrzęku śluzakowym u dzieci, t. j. obrzmienie gruczołu tarczykowego zmniejszało się bardzo rychło, zmieniało się wejrzenie skóry i widocznych błon śluzowych, podnosiła się temperatura ciała, przyspieszało tętno, powiększało się wydzielanie moczu, zmniejszało się zaparcie stolca, nastawała miesiączka, poprawiały się stan umysłowy i ruchy. W ogólności wszakże biorąc, skutki te nie były ani tak rychłe ani tak wybitne, jak w podobnych chorobach sporadycznych, co przypisać należy zapewne niekorzystnym wpływom i stósunkom zewnętrznym, w jakich całemi latami przebywali chorzy. Jak dłuższa przerwa w zadawaniu substancyi gruczołu tarczykowego wywoływała powrót pewnej przynajmniej części objawów, tak znowu zadawanie środka przerzeczonego w postaci czy to wyciągu glicerynowego czy kołaczyków nawet w dawce od 20 do 60 centygramów surowego soku gruczołu, wywoływało pewne przypady intoksykacyjne, jak przyśpieszenie ruchów serca, ból głowy, niepokój, rozwolnienie, gorączkę.

W każdym razie spostrzeżenia Gaida, lubo nieliczne i niezupełne, zachęcają do dalszych, systematycznych prób z rzeczonym środkiem w wymienionych cierpieniach endemicznych.

Zdaniem autora leczenie matołectwa i wola endemicznego powinno być z jednej strony naprzód zapobiegawcze przez poprawę ogólnych stósunków higienicznych w danej miejscowości i zadawanie soku gruczołu tarczykowego dzieciom pochodzącym z rodziców wolowatych lub matołków,

z drugiej strony na terapii wybuchłej już choroby przez umieszczenie chorych w odpowiednich zakładach i miejscach i zadawanie im systematyczne substancyi gruczołu tarczykowego.

W ten sposób dadzą się ograniczyć endemie miejscowe w pewnych krajach stanowiące niewątpliwie plagę niektórych okolic. (*La semaine médicale* 27. Lutego 1895).

32. R. Lépine (prof. w Lugdunie): O resorpcyi rtęci przez skórę i drogi oddechowe. Już dosyć dawno, jak wykrył Merget, że para rtęci w zwykłej nawet ciepłocie ma wielką zdolność dyfuzyjną; naprowadziło go to na myśl, że wcierania szaruchy doprowadzają do ustroju rtęć nie przez skórę, ale przez drogi oddechowe. Jakoż przekonał się Merget powtarzając doświadczenia Fleischera, Rémonda i Ferrarego, iż po wcieraniu szaruchy i szczelnem osłonięciu kitajką gumianą części natartej nie pokazał się w ciągu następnych pięciu dni ani ślad rtęci w moczu, jeżeli za pomocą stosownego urządzenia chory oddychał powietrzem zewnętrznem a nie powietrzem pokoju, w którym przebywał. Doświadczenie dla kontroli zrobione z kiłowym przekonało, iż już na drugi dzień po wtarciu szaruchy ukazuje się rtęć w moczu, jeżeli tylko części, w którą maść wtarto, szczelnie nie obwinięto. Takiż sam był rezultat, gdy użyto maści rtęciowej z lanoliną, która, jak wiadomo, przechodzi o wiele łatwiej przez skórę, niż zwykły tłuszcz do szaruchy używany.

Zarzucić wszakże można tym doświadczeniom Mergeta, iż wcierania nie odbywały się w nich dosyć energicznie; w praktyce bowiem, na co już dawniej Aubert zwrócił uwagę, przy nacieraniach skóry maścią powstają choćby nieznaczne wcale zdarcia przyskórka, które ogromnie ułatwiają wessanie rtęci. Ta okoliczność jest zapewne przyczyną, iż po wcieraniach szaruchy nie ma nieraz żadnego skutku, jeżeli je robią sobie sami chorzy; skutek zaś okazuje się natychmiast, jeżeli je robią wprawni i mocni posługacze szpitalni.

Badania zresztą mikroskopijne skóry, w którą wtarto energicznie szaruchę, badania powtórzone z wszelkiemi ostrożnościami przez Fürbringera wykazują, iż kuleczki rtęci dostają się do przewodów gruczołów łojowych i torebek włosowych, tamże zmniejszają się powoli i w końcu znikają zupełnie, zdaniem Neumanna przez utlenienie się rtęci. Zostaje to w zgodzie z doświadczeniem Fourniera, iż ślinienie następuje najrychlej po wtarciu szaruchy w miejsca obfitujące w gruczoły łojowe i torebki włosowe, jak n. p. łono. Nie można przeto zaprzeczyć w żaden sposób, iż przez użycie szaruchy na skórę dostaje się przez skórę rtęć do ustroju.

To wessanie rtęci przez skórę tłómaczy nam bardzo dobrze skuteczność w kile, przynajmniej w przypadkach lekkich, pomazywań skóry traumatycyną z kalomelem (por. Nr. 32. *Przeglądu lek.* z r. 1894).

Z drugiej jednak strony nie ulega żadnej dziś wątpliwości, że rtęć może dostać się do ustroju przez drogi oddechowe. Pomijając przypadki zatrucia nawet ciężkiego rtęcią po przebywaniu w przestrzeni, w której unosiły się pary tego metalu, przypomnieć należy doświadczenia Müllera i Rémonda.

Pierwszy umieściwszy w pokoju mającym 42 m³. objętości czterech chorych kiłowych i dawszy na ściany kawałki gazy posmarowanej szaruchą, mógł już 7-go dnia pobytu w tym pokoju wykazać u owych chorych rtęć w moczu i w kale, tudzież poprawę zdrowia.

W podobnem zupełnie doświadczeniu Rémonda już od pierwszego dnia pobytu w pokoju, w którym unosiły się pary rtęci, ukazywała się rtęć w moczu, dochodząc z czasem od 7 do 8 miligramów na dobę. Ósmego dnia można było przekonać się o znacznej zmianie na lepsze w chorobie.

Sposób ten wprowadzania rtęci do ustroju nie nadaje się wszakże do celów praktycznych, ponieważ nie dozwala tak koniecznej dla zdrowia wentylacyi powietrza w pokoju, w którym przebywają chorzy.

Otóż Merget proponuje, by w miejsce całej atmosfery w pokoju, nasyconej parami rtęciowemi użyć flaneli napojonej stosownym przetworem rtęci, do czego, zdaniem jego, nadaje się najlepiej kwaśny azotan rtęciawy, i zanurzonej następnie w wodzie amoniakowej, przezco na flaneli rtęć rozdziela się bardzo subtelnie, trzyma się jej dobrze i paruje doskonale. Plastrony z flaneli tak przysposobionej należy nosić na bieliźnie a Merget jest zdania, że używając takiego plastronu tylko w nocy i rachując, że w pokoju sypialnym jest 20° C. ciepła a pobyt w łóżku trwa ośm godzin, można na dobę wprowadzić do 11 miligramów rtęci do ustroju.

Cyfra ta zgadza się z doświadczeniami Bordiera, który przekonał się, że decymetr kwadratowy flaneli, na którym znajduje się gram rtęci w przerzeczony sposób odtlenionej, traci na godzinę 1.95 miligrama rtęci przez wyparowanie w ciepłocie 20° C. a zatem w okolicznościach całkiem podobnych do tych, których proponuje użyć Merget. Biorąc przeto 5 decymetów kwadratowych flaneli, w wymieniony sposób przyrządzonej otrzymuje się w 8 godzinach 78 miligramów rtęci w postaci pary, ilość wystarczającą do nasycenia więcej, niż metra sześciennego powietrza.

Ponieważ jednak pokój, w którym chory przebywa w nocy, ma oczywiście zazwyczaj kilkadziesiąt metrów sześciennych, przeto proponuje autor stosownie do tej objętości i temperatury pokoju użyć większych kawałków flaneli, kontrolując resorpcyą rtęci przez badanie moczu od czasu do czasu.

Z doświadczeń Mergeta wypada, iż w ten sposób można wprowadzić do ustroju na dobę wygodnie od 6 do 8, niekiedy nawet 9 miligramów rtęci.

W każdym razie sposób Mergeta wprowadzania rtęci do ustroju zasługuje na dalsze próby, lubo sam Merget zwraca uwagę, iż mógłby on dawać powód do zmian zapalnych w jamie ustnej i drogach oddechowych. Doświadczenie rozstrzygnie ostatecznie o wartości sposobu proponowanego przez Mergeta. (*Tamże*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne dnia 9. i 16. Stycznia 1895 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, iż kol. Gluziński nie przyjął powołania do komisyi redakcyjnej; na jego miejsce proponuje komitet kol. Ponikłę, którego wybór po obliczeniu głosów przyjęto.

3) Kol. przewodniczący przedstawia projekt zmian w statucie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wypracowany przez komisyę statutową. Zmiany te po ożywionej dyskusyi w znacznej części przyjęto.

4) Kol. Sroczyński odczytuje sprawozdanie roczne z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

5) Kol. Mars w zastępstwie chorego kol. Zarewicza, odczytuje sprawozdanie kasowe.

6) Kol. Cybulski przedstawia sprawozdanie administratora *Przeglądu lekarskiego*.

7) Kol. Zanietowski starszy odczytuje sprawozdanie komisyi kontrolującej. Na wniosek kol. Zanietowskiego starszego udzielono absolutoryum podskarbiemu i administratorowi *Przeglądu lekarskiego*.

8) Kol. Murdzieński przedstawia sprawozdanie bibliotekarza Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

9) Kol. Mars odczytuje sprawozdanie komitetu budowy domu Tow. lek. krak.

10) Kol. Śliwiński odczytuje sprawozdanie komisyi przemysłowej.

11) Kol. Obaliński wnosi rezolucyę aby przyszłe prezydyum zainterpelowało przewodniczącego komisyi słownikowej, względnie wpłynęło na to, aby jak najrychlej rozpoczął prace dotychczas nie zaczęte mimo 4-letniego trwania tejże komisyi.

12) Kol. Surzycki odczytuje sprawozdanie, przysłane przez kol. Bylickiego ze Lwowa, z funduszu wdów i sierot po lekarzach i prosi o uchwalenie podziękowania kol. Bylickiemu za przysłanie takowego oraz poproszenie go o przysyłanie corocznych sprawozdań.

13) Na wniosek kol. Zanietowskiego starszego uchwalono jednogłośnie wyrazić jak największe uznanie i podziękowanie ustępującemu prezesowi. Ustępujący przewodniczący kol. Kwaśnicki przemówił jak następuje:

Szanowni Panowie i Koledzy!

Towarzystwo lekarskie krakowskie przechodzi proces przeobrażenia wewnętrznego. Nie powiedziałem i nie pomyślałem: przeobrażenia wstecznego, przeciwnie; jak wszystko, co żyje, zmienia treść i kształt, tak i Towarzystwo nasze ulega temu tylko przeobrażeniu, które odpowiada postępowej sprawie życia, jego dobie rozwojowej. I być inaczej nie może: stan lekarski jest tylko konarem tego pnia, którem jest społeczeństwo; z tego pnia czerpie i z tym pniem ma wspólne soki ożywcze i odżywcze, które mu udzielają z tej ogólnej skarbnicy natchnienia i energii, lub apatyi i martwoty. Przed laty 30 społeczeństwo nasze zamknęło okres romantyczny i rozpoczęło erę pozytywizmu: pokolenie, które wonczas przyszło na świat, dziś jest głównym działaczem na arenie społecznej; wychowane w zasadach realizmu wypełniło ono nową doktryną wszystkie tętna życia naszego a hasła racyonalizmu odbiły się i o ściany tej sali. Lecz dzieje pouczają, że kto nie chce być zniesionym lub zapomnianym, niech się nie kładzie w poprzek tego prądu, który czerpie źródła z ducha czasu. Jakby nie był dla nas silny urok przeszłości, nic nam biadać i bezsilnie wyrzekać, zwłaszcza, że stan lekarski, już z natury swego zawodu, nigdy nie przestanie jaśnieć wyższym polotem, że posiada on sztandar, pod którym zawsze solidarnie się skupi, ołtarz, przed którym pochyli głowę a tym sztandarem i ołtarzem jest wiedza. Wobec nowego hasła zmieniło się i zadanie prezesa naszego Towarzystwa: uprościło się, lecz pogłębiło i stało się więcej odpowiedzialnem. Tak pojmując wewnętrzny stan naszego Towarzystwa, przed rokiem, zajmując z Waszej woli to zaszczytne dla mnie krzesło, oświadczyłem, że siły moje wytężę i skieruję w jednym celu, ażeby przysporzyć naszym posiedzeniom możebnie dobrych odczytów i ożywić rozprawy nad nimi. Dzięki pierwszorzędnym siłom Towarzystwa cel ten został osiągnięty już sama ilość odczytów przewyższyła znacznie dotychczasową przeciętną; przewaga medycyny zewnętrznej została sprowadzoną do właściwej miary a obok niej wystąpiła medycyna wewnętrzna, sądowa, pediatrya, chemia, higiena, bakteryologia, weterynarya i t. d.; ilość zgłoszonych odczytów nie została wyczerpaną w ciągu roku. Za Waszem milczącem przyzwoleniem zaprowadziłem zmianę na naszych posiedzeniach, pozornie małą, ale zasadniczo znaczącą; mianowicie zredukowałem tak zwane „sprawy administracyjne" do możebnie małych rozmiarów: Komitet Towarzystwa naszego brał na siebie trud przeprowadzania i roztrząsania spraw administracyjnych a Towarzystwu przedstawialiśmy ostateczne wyniki, dostatecznie dojrzałe do powzięcia uchwały lub przyjęcia do wiadomości; w ten sposób zyskiwano na czasie dla celów naukowych i zapobieżono spadaniu odczytów z porządku dziennego.

Uważałem za mój obowiązek wypowiedzieć tu tych kilka uwag, bo w nich się kryje program i otucha na przyszłość, oraz niezachwiana wiara, że w tym znaku spoczywa zwycięzka przyszłość naszego Towarzystwa; a jak garść śniegu, spadając ze szczytu, olbrzymieje w przestrzeni i lawiną zasypuje dolinę, tak ta mała szczypta kierunku naukowego, pieczołowicie i celowo pielęgnowana, z biegiem czasu może się rozwinąć, pogłębić i wreszcie pochłonąć umysłowe życie tego Zgromadzenia.

Życzeniem, ażeby Towarzystwo lekarskie krakowskie zdobyło należny mu wpływ moralny w łonie swych członków, by Szanowny nasz Prezes już w roku bieżącym mógł ziścić ten nasz ideał, zamykam rok 1894.

Następnie nowo obrany prezes, kol. prof. Walentowicz, przemówił temi słowy:

Szanowni Koledzy! Zaufaniem Waszem powołany na to zaszczytne miejsce, uważam sobie za miły obowiązek podziękować Wam najuprzejmiej za to wielkie odznaczenie, jakiego od Was doznałem. Lecz przedewszystkiem składam Wam dzięki za Waszą wolnomyślność, którą okazaliście wybierając Waszym przewodniczącym reprezentanta młodej siostry medycyny, t. j. weterynaryi, posiadającej wprawdzie wspólne podwaliny naukowe z dziedziny anatomii, fizyologii, embryologii, lecz zajmującej się następnie wyłącznie etyologią, patogenezą, patologią i terapią chorób zwierząt domowych, tych najpożyteczniejszych i najwierniejszych towarzyszy kultury człowieka.

Przez ten wybór tak wielce dla mnie pochlebny dowiedliście zarazem, że chociaż przedmiot naszych obserwacyj i badań jest różny, to jednak idealnym naszym wspólnym celem jak zresztą każdej przyrodniczej nauki jest dążność do poznania i wykrycia prawdy. Wobec tego mam błogie przeświadczenie, że w roku bieżącym pracując na różnych polach i zdążając różnemi drogami do tego wspólnego celu osiągniemy to, do czego nasze towarzystwo w pierwszym rzędzie jest powołane t. j. do utrzymania na wyżynie polskiej umiejętności lekarskiej dla dobra nauki, dobra cierpiącej ludzkości i na chwałę naszego kraju.

Oprócz tego żywię niepłonną nadzieję, że przy Waszem łaskawem poparciu danem mi będzie, aby obok pielęgnowania rzetelnego koleżeństwa, sprawy wielkiej doniosłości jak wydawnictwo słownika lekarskiego oraz budowa domu dla naszego towarzystwa, tak świetnie przez byłego prezesa kolegę Marsa w życie wprowadzona, postąpiły naprzód.

Obejmując więc to przewodnictwo z dniem dzisiejszym z wdzięcznością i najlepszemi chęciami, liczę Szanowni Koledzy na Waszą pomoc, upraszając zarazem, jako nowicyusz na tym zaszczytnym urzędzie, o Waszą pobłażliwość a to tem usilniej, że następuję po tak znakomitym prezesie jakim był niestrudzony kol. Kwaśnicki.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. ARGON.

Nowy pierwiastek z powietrza.

Na posiedzeniu *British Association*, które odbyło się 13. Sierpnia r. z. w Cambridge, zakomunikowali lord Rayleigh i prof. Ramsay wiadomość o nowym składniku atmosfery, który udało się im otrzymać. Badania były już o tyle naprzód posunięte, że można było wykazać różność nowego ciała od innych; zbyt jednak był małym materyał eksperymentalny i dowodowy, aby można było podać jakiekolwiek ściśle oznaczone jego własności. Obszernie zdali obaj uczeni sprawę ze swej pracy dopiero dnia 31. Stycznia b. r., po przeprowadzeniu prawie wszystkich badań, jakie się dały z nowem ciałem uskutecznić. Gaz ten, pierwiastek, otrzymał nazwę *argon*.

Pierwszy impuls do tego odkrycia dały doświadczenia lorda Rayleigha, mające na celu dokładne oznaczenie ciężarów właściwych ważniejszych gazów [1]). Przy tych pomiarach napotkał on okoliczność, niedającą się wytłómaczyć żadnym, dotychczas znanym powodem: oto azot, otrzymany przez wydzielenie go ze związku chemicznego, był stale lżejszym gatunkowo od azotu, otrzymanego z atmosfery przez usunięcie z niej tlenu [2]). Aby zbadać tę anomalię, zaprosił lord Rayleih do współki prof. Ramsaya i z nim przeprowadził dalszy ciąg badań.

Azot „chemiczny" otrzymywali oni na 6 sposobów, przyczem ciężar litra wynosił 1·2505 grm.; ciężar zaś litra azotu „atmosferycznego" wynosił 1·2572 grm. Była tedy różnica prawie siedmiu miligramów między ciężarami. Nie mogła ona pochodzić z błędów ważenia; należało więc zbadać, czy nie ma w którym z tych dwóch azotów zanieczyszczenia. Mógłby azot chemiczny zawierać jakiś lekki węglowodór lub wodór,

[1]) On the densities of principal gases. Royal Soc. Proc. LIII. 134. r. 1893.

[2]) Rayleigh, on an anomaly encountered in determinations of the density of nitrogen gas. Roy. Soc. Proc. LV. 340. r. 1894.

powstały podczas i wskutek reakcyi chemicznej; mógł azot atmosferyczny zawierać domieszkę jakiegoś gazu cięższego. Przeprowadzono tedy azot chemiczny przez tlenek miedziowy rozżarzony do czerwoności; ciało to w takich okolicznościach działa mocno utleniająco, więc byłoby spaliło wodór lub węglowodór, przez co gęstość azotu byłaby się zwiększyła. Ponieważ to się nie stało, więc pozostawało tylko sprawdzić drugą część dylemmatu, to jest trzeba było poszukać cięższej domieszki w azocie atmosferycznym, który *eo ipso* należało uważać za mięszaninę. Aby z tej mięszaniny usunąć azot, trzeba było użyć jakiegoś ciała, które łączy się wprost z azotem. Ciał takich zna chemia dosyć, n. p. bor, krzem, tytan, magn, tlen wobec wyładowań elektrycznych i kilka innych; najłatwiejszem i najpraktyczniejszem okazało się użycie obu ostatnich środków.

Metodę utleniania azotu za pomocą działania iskier elektrycznych stosował już Cavendish w r. 1785; pierwszy też on wydzielił w ten sposób argon, sam o tem naturalnie nie wiedząc, gdyż wykonywał doświadczenie na małą skalę, i małą pozostałość gazową uważał za resztkę azotu. Lord Rayleigh i prof. Ramsay używali do tego celu maszyny dynamo-elektrycznej, o prądach przemiennych, w połączeniu z cewką Rhumkorffa i osięgali rezultat 3000 razy rychlej, niż Cavendish zapomocą swojej machiny elektrycznej rotacyjnej, gdyż zdołali w ciągu godziny łączyć około 3 litrów azotu i tlenu na kwas azotowy, pochłaniany przez roczyn alkaliczny; nadmiar tlenu usuwano alkalicznym roczynem pirogallolu, mającym własność energicznego pochłaniania tego gazu.

Za pomocą magnu można było jeszcze rychlej dojść do celu, gdyż magn, rozżarzony do jasnej czerwoności, łączy się wcale chciwie z azotem, dając brudnopomarańczowy azotek magnu. W każdym razie reakcya taka trwa długo, bo potrzeba dni kilkunastu, aby zabsorbować wszystek azot. Na wielką skalę tak się odbywało wytwarzanie argonu zapomocą magnu: przez przeprowadzanie powietrza przez rurę rozżarzoną do czerwoności i napełnioną miedzią, uwalniało się powietrze od tlenu; gaz w ten sposób otrzymany zbierano w gazometrze a ztąd następnie wprowadzano do przyrządu, złożonego znów z rury napełnionej miedzią rozżarzoną, aparatu napełnionego wapnem sodowem i pięciotlenkiem fosforu, rurki w kształcie U, napełnionej kwasem siarkowym zgęszczonym (w celu kontrolowania szybkości strumienia gazu), następnie rury szklanej, napełnionej zbicie otoczynami magnowemi, poczem szła znów rurka z kwasem siarkowym i nareszcie gaz wchodził do gazometru. W ten sposób usuwano miedzią resztki tlenu, wapnem sodowem resztki kwasu węglowego, pięciotlenkiem fosforu resztki wilgoci a azot magnem rozżarzonym; tą drogą otrzymywano gaz 20—40 razy bogatszy w argon, niż azot atmosferyczny. Celem zupełnego oczyszczenia argonu używano podobnego przyrządu, lecz tak zestawionego, że był w sobie zamknięty, t. j. że gaz nie wchodził do gazometru, lecz wracał do rury z miedzią rozżarzoną; był on utrzymywany w cyrkulacyi działającą automatycznie pompą rtęciową. Gaz w ten sposób otrzymany, badany spektroskopijnie, nie okazywał już śladów azotu, lecz własne widmo, które nie jest podobne do widma żadnego ze znanych pierwiastków, a miał gęstość 19·9 w porównaniu z wodorem.

Jak z tej cyfry widać, gęstość argonu wynosi blisko $1^1/_2$ raza gęstości azotu; należało się tedy spodziewać, że można będzie argon wydzielić z powietrza nie za pomocą jakiegoś środka chemicznego, lecz przez dyffuzyę. Wiadomo, że gazy cięższe trudniej przechodzą przez ściany porowate, niż gazy lżejsze; że zatem, gdy mieszanina kilku gazów częściowo tylko przejdzie przez taką przeszkodę, to część, pozostała przed ścianą porowatą, będzie bogatszą w składnik cięższy, niż ta część, która już jest za ścianą. Wykonane w tym celu doświadczenie nie oddzieliło wprawdzie argonu czystego od azotu, lecz dowiodło cyframi, że gęstość azotu, który jeszcze przez przegrodę nie przeszedł, zwiększa się w stosunku do gęstości tego azotu, który już przez nią przeszedł. To doświadczenie dowodzi tedy preegzystencyi argonu w atmosferze; że nie tworzy się on sztucznie, dowodzą tego doświadczenia, w których azot chemiczny poddawano takim samym reakcyom, co i azot atmosferyczny; ponieważ jednak rezultaty były ujemne, przeto wynika ztąd, że argon nie jest produktem sztucznym, utworzonym działaniem elektryczności lub magnu rozżarzonego na azot.

Badania nad rozpuszczalnością argonu w wodzie wykazały, że jedna objętość wody pochłania 0·04 objętości argonu, że ma on zatem rozpuszczalność około $2^1/_2$ razy większą, niż azot. Ta własność pozwalała przypuszczać, że ilość argonu, znajdującego się w powietrzu rozpuszczonem w wodzie, będzie większą, niż ilość argonu w powietrzu atmosferycznem. Doświadczenie potwierdziło to przypuszczenie: po wypompowaniu powietrza z pewnej ilości wody deszczowej (zatem dokładnie wysyconej powietrzem) i usunięciu tlenu z tego powietrza pozostający azot okazał się przeszło dwa razy bogatszym w argon, niż zwykły azot atmosferyczny.

Próby wprowadzenia argonu w związek zawiodły zupełnie. Nawet najsilniejsze czynniki, jak wyładowania elektryczne wobec wodoru, tlenu lub chloru, woda królewska, fosfor ogrzany do jasnej czerwoności, metale alkaliów, wodorotlenek sodowy lub saletra, stopione, bor lub krzem *in statu nascenti*; nie działały na argon. Argon okazał się zupełnie nieczynnym i ztąd pochodzi jego nazwa (z greckiego: *α privativum* i ἔργον). (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 7. Marca 1895 r.

— W dniu 6. Marca r. b. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Kryński przedstawił nowy opatrunek dla ustalenia złamań obojczyka. Następnie mówił kol. Cybulski o funkcyi nadnerczy na podstawie własnych badań; w dyskusyi przemawiali koll. Gluziński i prelegent.

— Dnia 2. Marca odbył się w sali Kopernika w *Collegium novum* wykład habilitacyjny Dra Aleksandra Rosnera, I go asystenta tutejszej kliniki położniczo-ginekologicznej na temat: Operacyjne leczenia zmian w położeniu macicy ku tyłowi. Kolegium profesorskie, któremu przewodniczył prodziekan prof. Stopczański, uznało jasny i treściwy wykład prelegenta za całkiem odpowiedni i postanowiło sprawę habilitacyi przedłożyć Ministerstwu oświaty do zatwierdzenia.

— Trzeci zjazd lekarzy powiatowych odbył się we Lwowie w dniu 28. z. m. Przewodniczącym obrano protomedyka Dra Merunowicza, zastępcą jego Dra Barzyckiego, sekretarzami Drów Kratnarzyńskiego i Obtułowicza. Dr. Merunowicz przedstawił w obszernym wywodzie przebieg cholery w Galicyi w ostatnich latach, poczem zajęto się sprawą polepszenia płacy lekarzy powiatowych. W drodze petycyi postanowiono domagać się przydzielenia $^1/_{10}$ lekarzy powiatowych do 10., $^2/_{10}$ do 9., $^3/_{10}$ do 8. a $^1/_{10}$ do 6. klasy rangi, nadto skrócenia lat służby do 30, podwojenia dyet w czasie komisyj z przyczyny cholery. Wreszcie na wniosek Dra Sobolewskiego uchwalono starać się o wy-

bór lekarzy do ciał parlamentarnych, aby zawód lekarski miał w nich zawodowych rzeczników swych spraw i interesów.

— Prof. Dr. Antoni Mars w Krakowie i Drowie Władysław Bylicki i Bronisław Skałkowski we Lwowie zostali w uznaniu swych prac naukowych wybrani na członków niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego.

— Rada miejska we Flitschu (koło Gorycyi) nadała obywatelstwo honorowe tego miasta Drowi Arturowi Baranieckiemu, wychowańcowi uniwersytetu Jagiell., w uznaniu zasług jego dla miasta na polu lekarskiem.

— Dr. Tomasz Kotulecki, wychowaniec uniwersytetu Jagiell., został lekarzem okręgowym w Wielkiej Bystrzycy na Morawie.

— Ze zdania sprawy krakowskiego ochotniczego ratunkowego z czynności w roku 1894. wyjmujemy następujące daty: Towarzystwo udzieliło pomocy w dzień 1217, w nocy 553 razy a mianowicie w nagłych zasłabnięciach 812, w samobójstwach 85, w uszkodzeniach cielesnych 876, w obłąkaniu 47 razy. Przewieziono do szpitala 555, do mieszkania 197, do stacyi ratunkowej 25 osób. Korzystało z pomocy Towarzystwa 1038 mężczyzn, 650 kobiet i 88 dzieci. Lekarze Towarzystwa interweniowali 37, stanowisko pierwszej pomocy urządzono 46 razy. Średnio udzielano pomocy na dobę 4·85 raza. Dochodu miało Towarzystwo 3269 złr. 42 ct., rozchodu 1679 złr. 39 ct., pozostało się na rok bieżący 1590 złr. 3 ct.

Opiekunem Towarzystwa jest prezydent miasta Krakowa J. Friedlein. Zarząd Towarzystwa składali: przewodniczący prof. Dr. Alfred Obaliński, zastępca przewodniczącego doc. Dr. Aleksander Bossowski, pisarz Dr. Michał Śliwiński, podskarbi Dr. Jan Buszek, komitet PP. W. Eminowicz, Dr. Faustyn Jakubowski, Włodzimierz Zenowicz, Józef Żychoń, Roman Klęsk, Fryderyk Mieliński, Wincenty Wróblewski, Dr. Henryk Bobkiewicz. Komisya sprawdzająca PP. A. Biasion, A. Mendelsburg i Dr. L. Wiszniewski.

— W Warszawie traktuje się sprawa założenia stacyi klimatycznej wraz ze sanatoryum dla chorych na cierpienia płucne i bledunicę w lasach gór Świętokrzyskich; najodpowiedniejszem na to miejscem ma być Góra Jelenia.

— W warszawskim szpitalu dla dzieci fundacyi Bersohnów i Baumanów leczono w roku 1894. chłopców 330, dziewcząt 244 — razem 574 dzieci. Z nich wyszło chłopców 246, dziewcząt 191, umarło chłopców 68, dziewcząt 45. Zostało przeto na rok bieżący chłopców 13, dziewcząt 8 — razem 21. Ogółem przepędziły dzieci w szpitalu 10.594 dni, średnio było dzieci dziennie 29. Średni czas pobytu chorego dziecka w szpitalu wynosił 18·4 dni, % śmiertelności 19·6. Największa liczba zmarłych przypada na błonicę, dławiec, płonicę i ospę.

W ambulatoryum szpitala udzielono bezpłatnie porady lekarskiej 32898 chorym. Ospę ochronną zaszczepiono 640 dzieciom bez różnicy wyznania.

Personal lekarski szpitala stanowili: lekarz naczelny Dr. S. Portner, ordynatorowie: oddziału chorób wewnętrznych Dr. J. Kramsztyk, oddziału chirurgicznego Dr. A. Poznański, p. o. ordynatora oddziału chorób zakaźnych Dr. A. Koral, lekarz miejscowy Dr. J. Spielrein. Konsultanci Drowie F. Winawer i Dr. Funk, asystent Dr. M. Wolfson. Dochody szpitala wyniosły w rublach 7655·26, rozchody 7482·79. Koszt dzienny utrzymania dziecka wynosił średnio 67·4 kopiejek.

Biblioteka lekarska, urządzona z zapisu prezesa zarządu szpitala i wzbogacona nowemi nabytkami, liczy teraz 1165 dzieł.

Prezesem szpitala jest Matyasz Bersohn. (*Zdrowie*).

— Nowy szpital Czerwonego Krzyża otwarto w Warszawie na Solcu. Składa się on z 22 obszernych pokojów, z wielkiego wspólnego pokoju stołowego i dwóch pokojów bawialnych, oświetlony jest elektrycznością i ma ogrzanie centralne; w ogólności urządzony jest z wielkim komfortem. Olbrzymia sala operacyjna ma prawie całkowite ściany szklane. Kuchnia mieści się w oddzielnym budynku, połączonym korytarzem z gmachem głównym. Pomoc lekarska pozostawiona wyborowi chorych; zakład przyjmuje na siebie pomoc tylko w nagłych przypadkach. Opłata wynosi dziennie od 1½ do 5 rubli. (*Zdrowie*).

— Naczelna rada lekarska w Londynie wykreśliła z liczby lekarzy Dra R. M. Theobalda za to, iż przetłómaczył na angielskie „dzieło“ Matteiego p. t. Medycyna elektrohomeopatyczna i zalecał jego leki.

Nie doszło nigdy do naszej wiadomości, by który z naszych lekarzy zalecał czy to leki czy książkę Matteiego, ale byliśmy osobiście świadkiem, jak pewien obywatel, z zawodu swego obeznany z fizyką, żądał we właściwym handlu „elektryczności zielonej“ Matteiego.

— **Od administracyi.** Koledzy szpitalni i przyjaciele ś. p. Dra Stefana Blatteisa złożyli zamiast wieńca na trumnę na ręce administracyi *Przeglądu lekarskiego* 24 złr. w. a. na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 9-tym. A. Majewski. Wodniak niewieści (*hydrocele muliebris*). H. Higier: O halucynacyach jednostronnych. Przyczynek do terapii i patogenezy złudzeń zmysłowych. W *Medycynie* Nrze 9 tym. J. Grundzach: O bezwładzie żołądka i kiszek (*gastroplegia v. gastroenteroplegia*), zwłaszcza po laparotomii. A. Winawer: Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. W *Zdrowiu* zeszycie z Lutego: S. Sterling: Plan badania pracy zawodowej robotnika fabrycznego. E. Goldberg: Kilka uwag o zdrowotności mieszkań naszych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 16. Marca 1895 r. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: [illegible] Telefon Nr. [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, [illegible].

Ogłoszenia przyjmuje w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmuje Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 [illegible].

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kosmiński,

sekundaryusz oddziału.

Jednem z najczęstszych zboczeń czynnościowych ze strony matki podczas porodu są słabe bóle porodowe.

O słabych bólach porodowych mówimy wtedy, gdy praca mięśnia macicy w prawidłowych zresztą stosunkach, nie odpowiada przeszkodzie, jaką ma pokonać, skutkiem czego poród się przeciąga. Bóle słabe mogą występować jako takie już od początku porodu i wtedy mówimy o pierwotnem osłabieniu bólów porodowych, albo też macica początkowo kurczy się energicznie, bóle są silne i dopiero z powodu znużenia mięśnia macicy bóle słabną i pojawia się następowe osłabienie bólów porodowych. Ze względu znów na okres porodu rozróżniamy bóle słabe w pierwszym okresie (przygotowawczym) i w drugim okresie porodu (wydalającym).

Skutkiem przeciągania się porodu bóle słabe nie są obojętne dla matki, a w szczególnych przypadkach i dla płodu. Poród bowiem długo trwający daje więcej sposobności do zakażenia matki a oprócz tego sprowadzić może wyczerpanie sił osoby rodzącej. Przedewszystkiem zaś należy pamiętać, iż osłabienie bólów porodowych może trwać dalej i w trzecim okresie porodowym w postaci niedowładu (atonii) macicy ze wszystkiemi groźnemi następstwami.

W celu wzmocnienia słabych bólów porodowych w pierwszym okresie mogą być w razie potrzeby użyte w piewszym rzędzie środki służące do wywołania bólów a więc przebicie pęcherza płodowego, założenie świeczki pomiędzy ścianę macicy a błony płodowe, założenie (kolpeuryntera) balonu Brauna do pochwy i t. d.

Bóle słabe w pierwszym okresie porodu występują przedewszystkiem u starszych pierwiastek, co tłómaczy Börner (*Sammlung klin. Vortrag.* Nr. 18. 1891) słabszem unerwieniem i mniejszem rozwinięciem się organów rodnych przez długie nieużywanie. U osób takich, obok słabych bólów, spotykamy bardzo często twarde i niepodatne brzegi ujścia zewnętrznego i w takich przypadkach są wskazane kąpiele ciepłe nasiadowe i przestrzykiwania gorące pochwy.

W drugim okresie porodowym w celu wzmocnienia bólów używamy nacierania macicy wraz ze zimnymi okładami. W razie osłabienia rodzącej podanie środków skrzepiających, jak wina, czarnej kawy i t. p. działać będzie pobudzająco na mięsień macicy i wzmocni działanie tłoczni brzusznej.

Gdy zaś bóle są bardzo bolesne i skutkiem tego rodząca powstrzymuje działanie a raczej nie wyrabia należycie bólów porodowych za pomocą tłoczni brzusznej, wtedy wskazane są narkotyki, jak nastój makowca, chloral lub wdechiwania małych ilości chloroformu.

Rodzącym z bólami słabymi zalecimy dalej częstą zmianę położenia, gdyż, jak King (*Americ. Journ. of. Obst.* 1889.) a następnie Clarke (*Journ. of. the Americ. med. assoc.* 1891.) twierdzą, dłuższe spokojne ułożenie rodzącej w jednem i tem samem położeniu wywołuje często osłabienie bólów, zmiana zaś położenia rodzącej od czasu do czasu wzmacnia bóle porodowe.

Schatz (*Verhdl. d. III. Kongr. deutsch. Gynäk.* 1889). zaleca, jako najlepszy środek wzmacniający i regulujący bóle porodowe, wyciąg sporyszu i twierdzi, że po jego podaniu bóle nie tracą wcale charakteru peryodycznie powtarzających

się, a że błędnem jest mniemanie, jakoby sporysz wywoływał jednostajny skurcz macicy. Pomimo tego bardzo znaczna część poważnych ginekologów przestrzega wyraźnie przed podawaniem sporyszu wśród porodu.

Oprócz tego zalecano w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych różne środki wewnętrzne jak boraks, cynamon, chininę, naparstnicę, konopie indyjskie, a w nowszych czasach *jaborandi* (Moss. *N. Orl. Med. a. S. J.* 1889—1890), antypirynę w dawce 1,50 gr. (Van Winkle. *Antipyrine during the first stege of labor. N J.* 1889), a wreszcie pilokarpinę. Najskuteczniejsza ze wszystkich chociaż niebezpieczna okazała się pilokarpina. Philipps *(Verhandl. d. Gesellschaft für Geburt. in London.* Tm. XXX. 1888) użył pilokarpiny w celu wzmocnienia bólów porodowych w pięciu przypadkach a z literatury zestawił 39 przypadków, z nich w 28 wystąpiły mocniejsze skurcze macicy.

Z tego całego szeregu środków wewnętrznych zalecanych w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych wydaje się, ze właściwie dotychczas nie mamy takiego środka, któregoby bez szkody dla matki i płodu można użyć skutecznie.

Dlatego zapewne, że zalecano w ostatnich czasach tak wiele środków bóle porodowe wzmacniających, które następnie okazały się mało albo też wcale nieskutecznymi, nie obudziło większego zainteresowania się spostrzeżenie, jakie pojawiło się z początkiem 1894 r. o korzystnym wpływie cukru na bóle porodowe. A mianowicie na podstawie przypuszczenia prof. U. Mossy i L. Paolettego, że wewnętrzne użycie cukru jako podniecającego mięśnie dowolne mogłoby także działać i na mięsień macicy spróbował L. Bossi docent położnictwa i ginekologii w Genui (*La semaine médicale* 1894.) podawać cukier w przypadkach osłabienia bólów porodowych.

W jedenastu przypadkach słabych bólów porodowych podał Bossi po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody i przekonał się, że w 25 do 45 minut po zadaniu w dziesięciu przypadkach wystąpiły bóle silniejsze. W kilku z nich trzeba było z powodu niedostatecznego działania powtórzyć dawkę 30 gramów w godzinę po pierwszej. Bóle wywołane a właściwie tylko wzmocnione przez podanie cukru miały być prawidłowe a nie tężcowe.

Chcąc przekonać się o tem działaniu cukru na mięsień macicy, wykonałem w ciągu roku 1894. na materyale oddziału położniczego kilkadziesiąt doświadczeń za łaskawem pozwoleniem prymaryusza oddziału, prof. Dra Jordana.

Doświadczenia rozpocząłem według podanego przepisu i w kilku przypadkach osłabienia bólów porodowych, tak w pierwszym jakoteż i w drugim okresie, podawałem po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody a po godzinie podawałem drugą taką samą dawkę. W trzech przypadkach w pół godziny po podaniu drugiej dawki wystąpiły nieco większe bóle, nieróżniące się niczem od prawidłowych, w innych przypadkach skutku żadnego nie widziałem.

Wobec tego postanowiłem podać cukier w znacznie większych ilościach, aniżeli to zaleca Bossi, jednak w takich, któreby ani na zdrowie matki ani też na płód niekorzystnie nie działały.

Za największą dawkę, która u zdrowego człowieka nie wywołuje glikozuryi uważa Moritz *(Verhandlungen des Congresses für innere Medicin.* 10, 492. 1891. r.) 200 gramów cukru gronowego. Zdaje się, iż różne sprawy patologiczne występujące w pewnych organach usposabiają do powstawania glikozuryi i tak Kraus i Ludwig *(Wiener klin. Wochenschr.* Str. 855 i 897. 1891. r.) wykazali, że u chorych na marskość wątroby *(cirrhosis hepatis)* i torbiel trzustki *(cystis pankreatis)* już po podaniu 150 gramów cukru gronowego występowała glikosurya, a w jednym przypadku trwała przez 7 dni po podaniu cukru. Chwostek *(Wiener klin. Wochenschrift.* Str. 251. 1892. r.) podaje, iż u cierpiących na chorobę Basedowa łatwo występuje glikozurya. G. Bloch *(Zeitschrift f. klin. Medic.* XXII. zeszyt 4 i 5. 1893. r.) Strasser *(Wiener medicinische Presse.* Nr. 28. 1894 r.) wykazali, iż u chorych ze zmianami w mózgu i rdzeniu pacierzowym już po podaniu małej ilości cukru występuje przemijająca glikozurya. W prawidłowych stósunkach występuje bardzo często glikozurya u położnic i u noworodków, u położnic przedewszystkiem wtedy, gdy przestaną karmić, lub też gdy wystąpi zatrzymanie się pokarmu *(galactostasis)*. Ney *(Archiv. f. Gynäkol.* XXXV. 1889. r.) jednak wykazał, że nietylko u położnic, lecz także i u zdrowych zresztą osób ciężarnych i rodzących często występuje glikozurya. A mianowicie na podstawie ścisłych badań wykazał, że u osób ciężarnych w 16·6% przypadków występuje cukier w moczu, sama zaś czynność porodowa nie ma wpływu na pojawienie się glikozuryi. U położnic zaś wykazał w 80% przypadków a więc prawie z reguły cukier w moczu. Szczególniej często występuje glikozurya u tych położnic, których sutki obficie pokarm wydzielają, a więc u tych, które obiecują, że będą dobremi mamkami. Gdy położnica przy lichem odżywieniu pracuje ciężko, cukier w moczu znika rychło. Wynika więc zatem z badań Neya, że pojawianie się cukru w moczu położnic i dobrych mamek jest stanem fizyologicznym. Tam, gdzie nie przychodzi do wydzielania się mleka, jak n. p. przy poronieniu, glikozurya nie występuje ani podczas ciąży ani po poronieniu.

Wobec tej skłonności osób ciężarnych i rodzących do glikozuryi należało być ostrożnym z podawaniem im większych ilości cukru. Dlatego wybierano do doświadczeń osoby, u których żadnych cięższych zboczeń wykazać nie było można a przed każdem doświadczeniem badano pilnie mocz pod względem obecności białka i cukru, a tylko tym podawano cukier, których mocz nie zawierał wcale albo też zaledwie ślad białka, cukru zaś zwykle używanemi próbami chemicznemi wcale nie wykazano. Wśród i po ukończeniu doświadczenia badano jeszcze kilkakrotnie mocz pod względem obecności cukru.

Początkowo podawano dziennie co najwięcej 100 do 200 gr., gdy jednak przekonałem się, że dawka taka wcale nie wpływa niekorzystnie na matkę ani na płód, a występująca następnie prawie zawsze glikozurya już po 24 godzinach, a co najdłużej, po dwu dniach ustępowała bez śladu, zacząłem podawać cukier w nierównie większych dawkach. Dla łatwiejszego zażywania większych dawek podawałem cukier jako zawsze świeżo przygotowany syrop na zwykłej wodzie, lub też w odwarze ślazu, w rozcieńczeniu bowiem po wypiciu większych ilości słodkiego płynu nabierają osoby do niego wstrętu nieprzezwyciężonego, zaś zawierającą równą ilość cukru dawkę syropu zażywają chętnie. Do doświadczeń używałem zwykłego cukru trzcinowego kupnego.

W celu dokładniejszego uwidocznienia wpływu cukru na mięsień macicy najlepiej będzie przytoczyć w krótkości opis doświadczeń z osobna.

Przypadki, w których cukier podawałem, dadzą się podzielić na dwie grupy:

Do pierwszej zaliczam przypadki, w których podawano cukier po rozpoczęciu się czynności porodowej.

Druga obejmuje przypadki, w których podawano cukier przed rozpoczęciem się czynności porodowej a więc u osób ciężarnych.

Grupę pierwszą musimy podzielić jeszcze na dwie części, według tego, czy w celu wzmocnienia bólów porodowych podawano cukier w pierwszym, czy też w drugim okresie porodowym.

I. Grupa pierwsza:

a) Przypadki, w których podawano cukier w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych w pierwszym okresie porodowym.

1) J. F., lat 24, Nr. prot. 195. Ciąża I. miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe II, ustalone. W moczu białka ślad. cukru nie ma.

Dnia 6. Kwietnia o godzinie $6^1/_2$ rano wykazało badanie część pochwową zanikłą, ujście wielkości grochu, rodząca twierdzi, że bólów porodowych nie ma.

Podano 50 grm. cukru, w pół godziny silne bóle, o godz. $8^1/_2$ rano podano znów 50 grm. cukru, wystąpiły bardzo silne bóle, poród postępował szybko, o godz. $10^1/_2$ przedpołudniem urodziła syna żywego niedonoszonego. Dnia 7. Kwietnia badanie moczu wykazało białka ślad, cukru nie widziano. Połóg prawidłowy.

2) M. P., lat 32, Nr. prot. 222. Ciąża III. miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe II. nieustalone. Tętna płodu nie słychać. W moczu białka ani cukru nie ma.

Na częściach płciowych liczne kłykciny sączące. Pierwsze bóle 12. Kwietnia po północy. Rano 12. Kwietnia wykazało badanie: ujście zewnętrzne na koronę, bóle słabe co pół godziny. Do godziny 3. popołudniu poród nic nie postąpił; podano zatem 50 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły bóle silniejsze, o godz 4. popołudniu podano 100 grm. cukru, poczem w kwadrans wystąpiły bóle bardzo silne, szybko po sobie następujące, a o godz. $5^1/_2$ wieczór urodziła płód zmacerowany *(lues)*. Dnia 13. Kwietnia w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

3) M. M. lat 22. Nr. prot. 221. Ciąża II. miesiąc księżycowy VI. pierwszy raz poroniła w 5. miesiącu. Położenie płodu czaszkowe I. Tętna płodu nie słychać. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 12. Kwietnia rano, dnia tego wieczorem część pochwowa zanikła, ujście na centa. Przez cały dzień następny aż do 14. Kwietnia rano poród nic nie postąpił. 14. Kwietnia o godz. 9 rano podano 100 grm. cukru bez widocznego skutku, o godz. $10^1/_2$ podano 100 grm. cukru. Wystąpiły bóle dość słabe, podano zatem o godz $11^1/_2$ przedpołudniem jeszcze raz 100 grm. cukru. W pół godziny bóle wzmogły się bardzo znacznie, a poród postępował szybko tak, że już o godz. 4 popołudniu urodziła płód zmacerowany *(lues)*. Dnia 15. Kwietnia badanie moczu białka nie wykazało, cukru zaś sporo. Cukier w moczu wykazano następnie w dniu 16., 17. i 18. Kwietnia. Połóg prawidłowy.

4) H. W., lat 32, Nr. prot. 244. Ciąża V., miesiąc księżycowy 10. Położenie płodu czaszkowe I. W płucach zmiany gruźlicze rozległe. W moczu białka ślad, cukru nie ma. Pierwsze bóle 27. Kwietnia rano. Tegoż o godz. $6^1/_2$ wieczór wykazało badanie ujście rozwarte na srebrny reński, główka nieustalona, bóle bardzo słabe, podano 100 grm. cukru. W kwadrans wystąpiły bóle silniejsze, w pół godziny zaś bardzo silne, a o godz. $7^1/_4$ wieczór urodziła córkę żywą. Dnia 28. Kwietnia wieczór w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie.

Uwagi kliniczne i bakteryologiczne nad błonicą.

Podał

Dr. Jan Raczyński,

asystent kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

II.

Już w zwykłych stósunkach znachodzą się stale w jamie ust, jako wprost stykającej się z powietrzem atmosferycznem pewne bakterye, które jako zupełnie obojętne nie mogą mieć żadnego wpływu na przebieg błonicy. Obok tych znajdywać się mogą także w prawidłowych okolicznościach, chociaż skąpo, chorobotwórcze drobnoustroje, mianowicie gronkowiec *(staphylococcus)* i paciorkowiec *(streptococcus)* nie wywołując w tych razach żadnych spraw patologicznych. Inaczej ma się rzecz w błonicy. Badając w tym względzie, przekonywamy się już w kilkanaście godzin po zaszczepieniu (zwłaszcza, jeśli szczepiliśmy na agarze glicerynowym), że obok prątków Löfflerowskich wyrasta gronkowiec a znacznie częściej, prawie zawsze, w mniejszej lub większej ilości paciorkowiec.

Drobnoustroje te znane ze swej jadowitości nie mogą być bez wpływu na przebieg błonicy,

Co do gronkowca a najczęściej jest nim *staphylococcus pyogenes albus*, to znaczenie jego przynajmniej ujemne zdaje się, że jest niewielkie, a nawet przypadki błonicy, którym towarzyszy *staphylococcus*, mają przebiegać łagodniej [11]). Tego zresztą niewytłomaczonego wpływu gronkowca na złagodzenie przebiegu błonicy moglibyśmy dopatrzeć się także w swych przypadkach; przypadki bowiem 6, 16, 29, 30, 35. w których wykazano gronkowiec, zakończyły się pomyślnie.

Daleko większe, donioślejsze znaczenie dla przebiegu błonicy ma *streptococcus*, a zgubne jego skutki zależne są od jego jadowitości, obfitości, w jakiej się znajduje, wreszcie od stosunków, które napotyka w samym organizmie.

W naszych przypadkach wykazano oba rodzaje gronkowca, długi i krótki, czasami także ich formy inwolucyjne, nie można jednak było wyszukać żadnego związku między rodzajem gronkowca a przebiegiem błonicy, chociaż kto wie, czy dokładniejsze w tej mierze badania nad rodzajami i jadowitością paciorkowca w różnych przypadkach, nie przyniosłyby jakiegoś rezultatu. Wybitniejsze i łatwo ocenić się dające różnice w badanych przypadkach można było dostrzedz co do i l o ś c i, w jakiej przytrafia się paciorkowiec, i tak, chociaż, jak już nadmieniono, znajdywaliśmy go prawie zawsze, to jednak raz stanowił on prawie czystą hodowlę z tu i owdzie rzuconą kolonijką prątków Löfflerowskich, innym razem znachodził się w bardzo skąpej ilości. Że mniejsza lub większa ilość paciorkowca nie jest przypadkową, że ma swoje znaczenie i wpływ na przebieg błonicy, a mianowicie ż e i l o ś ć p a c i o r k o w c a z o s t a j e n i e j a k o w p r o s t y m s t o s u n k u d o c i ę ż k o ś c i b ł o n i c y, świadczyć o tem mogą nasze doświadczenia, widzimy bowiem, że przypadki 2, 12, 23, 33, w których znalezione dużo paciorkowca, kon-

[11]) Escherich: Wiener medicin. Wochenschrift Nr. 49.

czyły się śmiercią; przeciwnie przypadek 14 i 18 z małą ilością paciorkowca miały przebieg pomyślny. Wniosków tych na tak małym opartych materyale nie możnaby brać w rachubę, gdyby nie równobrzmiące wyniki Barbiera, Martina i innych.

Nie ulega więc wątpliwości, że paciorkowiec bierze udział w rozwoju błonicy i może wywierać niekorzystny wpływ na jej przebieg. Musimy więc zadać sobie pytanie, jak wytłómaczyć ten wpływ niekorzystny paciorkowca czyli wyjaśnić, jaki zachodzi stosunek między nim a prątkiem, który uważamy za swoisty dla błonicy.

Do wytłomaczenia tego możemy oprzeć się na doświadczeniu, wykonanem przez Rouxa i Yersina i wnioskach z niego wysnutych. Wykazali oni, szczepiąc zwierzęciu równocześnie bardzo słabo jadowity prątek błonicy z bardzo jadowitym paciorkowcem, że przez to równoczesne działanie czyli s y m b i o z ę dwóch tych drobnoustrojów błonica zyskuje na jadowitości, że prątki błonicze wyhodowane z tego padłego zwierzęcia są już bardzo jadowite. Porównywając więc to doświadczenie na zwierzęciu ze sprawą chorobową u człowieka, możemy przypuścić, że i tu zachodzić może symbioza, dodająca błonicy jadowitości.

Moglibyśmy także, celem wytłomaczenia wpływu paciorkowca, uciec się do okoliczności wykazanej w laboratoryum Nenckiego, że działanie jadu wytworzonego z hodowli mieszanej Löfflera z paciorkowcem jest daleko mocniejsze, niż mięszaniny jadów otrzymanych z osobnych hodowli, że więc rozchodzi się tu o jakieś wyjątkowe niewytłomaczone działanie połączone tych drobnoustrojów na siebie, którego wynikiem jest jad nader mocny.

Prawdopodobnie wchodzi tu w grę kilka przyczyn, które tylko razem wzięte mogą nam tłómaczyć znaczenie obecności paciorkowca dla błonicy. W każdym razie przyjąć musimy pewnego rodzaju wspólne działanie mikroorganizmów i tak paciorkowiec znajdujący się na błonie śluzowej drażni ją i umożliwia rozwój prątka Löfflerowskiego; tak przynajmniej wykazano doświadczeniami na zwierzętach. Zmiany patologiczne znów przez prątek Löfflerowski wywołane ułatwiają rozwój paciorkowca, ułatwiają mu głębsze zajęcie schorzałych tkanin, wreszcie przedostanie się do krwi.

Badania zwłok dzieci zmarłych na błonicę, dokonane wkrótce po śmierci przez Nowaka, Martina, Becka, Canona, Froscha wykazały dość często w ciężkich formach błonicy obecność gronkowca we krwi. Klinicznie usiłujemy wyróżnić formy cechujące się wysoką zwalniającą gorączką, zajęciem senzoryum i osłabieniem serca, jako błonicę gnilną w przekonaniu, że tylko w tych formach paciorkowiec jest przyczyna tego ogólnego zakażenia ustroju.

Tymczasem badania w ostatnich czasach Generischa [12]) wykazały, że paciorkowiec znachodzi się także i w formach, które klinicznie nie przebiegają jako błonica gnilna wogóle, że własności jego szerzenia się w głąb tkanin w odpowiednich okolicznościach doprowadzają częściej, niż dotąd sądzono, do dostania się jego do krwi.

Te wszystkie dane pozwalają nam twierdzić, że błonica jest pewnego rodzaju z a k a ż e n i e m m i ę s z a n e m z bardzo zmiennym i w rozległych granicach zamkniętym udziałem paciorkowca, który raz ograniczać się może do miejscowego działania, innym razem dostawszy się do krwi, może zająć cały organizm.

III.

W końcu wypada mi nadmienić o doświadczeniach na zwierzętach z jadami otrzymanymi z naszych przypadków.

Już Löffler wykazał, że hodowla bulionowa prątków błoniczych wstrzyknięta zwierzęciu wywołuje pewne stałe objawy, wreszcie wcześniej lub później śmierć zwierzęcia sprawiając pewne, charakterystyczne zmiany organów wewnętrznych. Działanie to zabójcze prątków polega na zdolności ich wytwarzania jadów, toksyn a pod względem tej zdolności zachodzą znaczne różnice między prątkami z różnych przypadków, a nawet między prątkami z tych samych przypadków.

Ze stanowiska klinicznego doniosłe znaczenie mogłoby mieć pytanie, czy istnieje jaki stosunek między ciężkością błonicy a mocą jadu prątków z przyp. wyhodowanych. Moc jadu mierzyć możemy, wstrzykując zwierzętom stałą ilość bulionowej hodowli prątków z różnych przypadków i oznaczając dzień śmierci zwierzęcia, lub też oznaczając tę najmniejszą ilość hodowli, która w stanie jest zwierzę o pewnym ciężarze zgładzić w ciągu pewnego czasu n. p. 4 dni.

Na ważność tego pytania dla klinika zwrócili już uwagę Roux i Yersin i na podstawie swoich doświadczeń ze 100 jadami doszli do wyników, ż e w o g ó l e w c i ę ż k i c h f o r m a c h b ł o n i c y z n a j d u j e m y p r ą t e k b a r d z o j a d o w i t y, w ł a g o d n y c h f o r m a c h m a ł o j a d o w i t y. Równocześnie jednak zwrócili uwagę, że zasadę tę można przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem, gdyż w jednym i tym samym przypadku znaleść można kolonie, jedne mniej, drugie więcej jadowite, w miarę tego, jak nastaje poprawa błonicy, ilość kolonij mało jadowitych zwiększa się.

Badania te Rouxa i Yersina potwierdził Fränkel a szerzej rozwinął Escherich, który na podstawie 38 przypadków doszedł do przekonania, że istnieje niezaprzeczony związek między mocą jadu a błonicą, chociaż między przypadkami tymi znajdują się i takie, które zdają się, że przemawiają przeciw tej zasadzie.

Chcąc w tym względzie wyrobić sobie własne zdanie, postanowiliśmy wspólnie z prof. Bujwidem próbować mocy naszych jadów. W doświadczeniach tych należało uwzględnić pewne okoliczności, których nieprzestrzeganie mogło nas doprowadzić do fałszywych wyników. Ścisłość takiego doświadczenia zależy przedewszystkiem od samej hodowli bulionowej a mianowicie należy używać hodowli zawsze jednakiego wieku, więc n. p. zawsze albo 24 albo 48 godzinnych. Wielki wpływ na jadowitość hodowli ma skład bulionu, w którym szczepimy a jeszcze więcej jego oddziaływanie. Zwierzęta użyte do doświadczenia muszą mieć choć w przybliżeniu jeden i ten sam ciężar, wreszcie wielką rolę odgrywa miejsce, w które wstrzykujemy.

W doświadczeniach swoich używaliśmy hodowli 48 godzinnych z bulionu bardzo słabo alkalicznego i zwierząt o ciężarze od 270—300, wstrzykiwano pod skórę a jako miejsce wstrzyknięcia wybrano bok prawy.

Ogółem zbadano 15 jadów z tych siedm otrzymanych z przypadków, w których błonica zakończyła się pomyślnie i 8 z chorych, którzy ulegli błonicy.

[12]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XXXVIII 2. und 3. Heft.

I tak z 7-miu przypadków błonicy z zejściem pomyślnym wstrzyknięto:

1) Jad z chorego Dobrzańskiego śwince $^1/_{100}$ cm.^{3}, padła w 3 dni; jad bardzo silny.

2) Jad z chorego Radwana śwince $^1/_{20}$ cm.^{3}, padła w 6 dni; jad słaby.

3) Jad z chorego Abr. Zygmunta śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 6 dni; jad słaby.

4) Jad z chorego Rosego śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 2 dni; jad silny.

5) Jad z chorego Glasera śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 4 dni; jad średnio silny.

6) Jad z chorego Sarneka śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 2 dni; jad silny.

7) Jad z chorego Długosza śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 5 dni; jad słaby.

Z 8 zaś przypadków, które się śmiercią zakończyły, stwierdzono:

1) Jad z chorej Rzepeckiej śwince $^1/_{20}$ cm.^{3}, padła w 3 dni; jad silny.

2) Jad z chorego Karwaczyka śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 3 dni; jad średnio silny.

3) Jad z chorego Bergera śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 6 dni; jad słaby.

4) Jad z chorego Klapholza śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 4 dni; jad średnio silny.

5) Jad z chorego Niewiadomskiego śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 3 dni; jad średnio silny.

6) Jad z chorego Gronera śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 2 dni; jad silny.

7) Jad z chorej Leszczyńskiej śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 2 dni; jad silny.

8) Jad z chorej Korzeniowskiej śwince $^1/_{10}$ cm.^{3}, padła w 3 dni; jad średnio silny.

Widzimy ztąd, że w przypadkach, które kończyły się niepomyślnie, mieliśmy (z jednym wyjątkiem) do czynienia z mocnym lub średnio mocnym jadem, w przypadkach zaś z zejściem pomyślnym był jad przeważnie słaby ale był także i mocny. Wynika z tego, że mogą zajść przypadki, które mimo obecności mocnego jadu kończą się pomyślnie. Tłómaczymy to w ten sposób, że przebieg choroby zakaźnej a więc i błonicy, zależy obok jadowitości prątka także od stósunków w samym organizmie tak, że niejednokrotnie prątek sam w sobie bardzo jadowity napotkawszy nieodpowiednie tło lub znaczną odporność organizmu, nie sprowadza niepomyślnego zejścia.

Jakkolwiek powyższe doświadczenia w zasadzie potwierdzają powyż przytoczone zdanie Rouxa o stałym stósunku jadu do ciężkości schorzenia, to przecież, jak na to zwrócił uwagę prof. Bujwid, zachodzą zawsze w tych doświadczeniach pewne niedokładności. A mianowicie wykonywając je przez kilka tygodni, nie możemy używać zawsze jednego i tego samego bulionu, wreszcie co ważniejsza, że zastrzykując zwierzęciu hodowlę bulionową a nie filtrowane jady, czyste, wprowadzamy pod skórę także oznaczyć się nie dające ilości samych prątków, wywierających również swój wpływ na przebieg choroby u zwierzęcia.

Jeślibyśmy więc chcieli oznaczyć porównawczo jadowitość prątków w pewnych przypadkach, to należałoby używać do doświadczeń jadów otrzymanych w ściśle tych samych okolicznościach, na powyższych zaś doświadczeniach polegać nie możemy a pytanie tak ważne stósunku mocy jadu do ciężkości choroby musimy pozostawić nierozstrzygnięte.

III. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy *(trachoma)*.

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,
sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Innym środkiem, zdążającym wprost do bezpośredniego zniszczenia ziarn jagliczych jest *ferrum candens* cieszące się tak rozległem w medycynie zastosowaniem. Pierwszym, który z niego użytek zrobił, był Korn [7]), nieco później Samelsohn [8]). Następnie, między innymi, stósowali je z powodzeniem, ale już w formie igiełkowego galwanokauteru Frohlich [9]) i Wicherkiewicz [10]), przyżegając raz lub dwa razy tygodniowo, po kilkanaście lub kilkadziesiąt nawet jagiołek z osobna. Spłukawszy należycie powieki sublimatem 1:5000 stosuje Wicherkiewicz, w razie mocniejszego zadrażnienia i bólu, zimne okłady z domieszką 15 kropel (na $^1/_2$ szklanki wody) octanu ołowiowego *(liq. plumbi hydr. acet.)*. Inni, za przykładem Korna, przesadzając w gorliwości, używają przy wypalaniu płytki platynowej [11]), co na szczęście nielicznych tylko znalazło naśladowców. Natomiast pierwszy sposób z bardzo wielu względów zasługuje na poparcie, zwłaszcza w przypadkach, gdzie niezbyt wiele znajduje się ziarn, lub tam, gdzieśmy już innymi sposobami z miejsc łatwiej dostępnych złe usunęli a pozostaje do zakończenia sprawy oczyścić kąciki, fałd półksiężycowy i t. p. Przemawia za nim przedewszystkiem ta okoliczność, że niszczy doszczętnie, powtóre, że używając galwanokauteru igiełkowego, możemy z łatwością ograniczyć jego działanie tylko do ziarn, oszczędzając miejsca sąsiednie zdrowe, a wreszcie, że po należytem znieczuleniu spojówki 5% kokainą, sprawia bardzo mało bólu. Uwzględniając te korzystne strony galwanokauteru igiełkowego, jakoteż dogodność użycia, stósuję go dość często, lecz tylko w wyżej wymienionych przypadkach. I nie mogę pominąć milczeniem, że chociaż na jednem posiedzeniu nigdy ponad 10—15 ziarn nie wypalałem, to jednak mimo zachowania wszelkich ostrożności, wywoływał zabieg ten stosunkowo dość często zadrażnienie oka, obrzmienie spojówki i powiek w ogóle, zaczerwienienie spojówki gałkowej, ból kilka dni trwający, rzadko światłowstręt a niepożądane te objawy ustępowały po kilku dniach przemywania oczu sublimatem 1:1000 i stósowaniu zimnych okładów. Wystarczyło to jednak, żeby mnie powstrzymać od rozleglejszego i bezwzględniejszego stosowania galwanokauteru a to tem bardziej, że blizenki po wypaleniu pozostające są bądź

[7]) Berliner klin. Wochenschrift 1870.
[8]) Knapp. Arch. f. Ah. III. B. 1873.
[9]) Klin. Mtbl. 1884.
[10]) *a)* Klinische Mtbl. 1886. *b)* O lekowem leczeniu jaglicy. Poznań 1891.
[11]) Unterharnscheidt. Klin. Mtbl. 1883.

co bądź widoczniejsze a więc znaczniejsze niźli po użyciu innych sposobów. Powstrzymywał mnie także wzgląd przytoczony przez Sroczyńskiego, że „ryczałtowe wypalenie mogłoby skutkiem wielkiej ilości strupów wywołać łatwo ekskoryacye lub infiltracye na rogówce“ [12]).

Wypada też wspomnieć o usiłowaniach Johnsona [13]) leczenia jaglicy za pomocą elektrolizy. Pomijamy tu dziś zawiły opis postępowania, nadmieniamy tylko, że sposób ten, o ile nam wiadomo, nie wielu znalazł wielbicieli i naśladowców.

Równocześnie z tym niewątpliwym postępem w terapii posuwały się naprzód także badania patologiczno-anatomiczne i przekonano się przy tej sposobności, że wycinanie mniejszych lub większych kawałeczków chorobowo zmienionej spojówki (z początku tylko dla badań) nie tylko nie wpływa niekorzystnie na leczenie, lecz wprost przeciwnie, wpływa korzystnie. Pierwszym, który zużytkował to doświadczenie i wycinanie załamka w celach leczniczych wykształcił jako odrębną metodę operacyjną, był Gałęzowski w Paryżu. Już w r. 1870. wykonywał on ten zabieg w ten sposób, że po odwróceniu powieki, wyciągał załamek za pomocą szczypczyków umyślnie w tym celu sporządzonych i wycinał z niego węższy lub szerszy pas (fałd) podłużny, ograniczając atoli wycinanie to ściśle tylko do załamka. W roku 1878. mógł Gałęzowski zdać sprawę z 227 przypadków tym sposobem leczonych, z których 213 z korzystnym wynikiem.

Zdaje się, że niezależnie od prac Gałęzowskiego i jego uczniów, choć nieco później, wystąpił w Niemczech Heisrath [14]) z podaniem nowego sposobu operacyjnego, polegającego na wycięciu schorzałego załamka i wedle potrzeby węższego lub szerszego paska chrząstki powiekowej. Celem Heisratha jest przedewszystkiem doszczętne usunięcie wszystkiego, co chore. A ponieważ w przypadkach daleko posuniętej jaglicy, choroba nie oszczędza ani spojówki chrząstkowej ani też samej chrząstki, więc Heisrath nie waha się wycinać i tych części tak, że nierzadko pozostaje zaledwie tylko 4—5 mm. szeroki przybrzeżny rąbek spojówki. Jeszcze radykalniejszym pod tym ostatnim względem jest Richter, który obawiając się nawrotów, zawsze w każdym przypadku wycina chrząstkę bez względu na to, czy jest chorobowo zajętą, czy też nie. Początkowo nie zakładał Heisrath po operacyi żadnych szwów, obecnie łączy pozostały rąbek spojówki powiekowej z resztą załamka lub nawet gdy i ten wycięto, ze spojówką gałkową za pomocą kilku szwów węzełkowych. Sroczyński radzi także zeszywać ranę, szczególnie dla uniknięcia bujania przyrannych granulacyj; aby zaś zapobiedz drażnieniu węzełkami, co jak Ziemiński widywał, dość często sprowadza powikłania na rogówce, zakłada szew kuśnierski.

Według Heisratha nadają się szczególniej do tej operacyi przypadki, w których sprawa jaglicza rozgałęziła się szeroko i głęboko. Poleca i sam wykonywa tę operacyę zarówno w przypadkach, gdzie ponad innemi zmianami przeważa ogromna ilość pojedynczych ziarn jagliczych lub zlewających się w rozległe nacieki, jako też w przypadkach, w których dominujące miejsce zajmuje przerost brodaweczek i spojówki w ogóle. Richter zaś, jeden z najgłośniejszych wielbicieli tej metody, uważa ją nawet za jedynie racyonalny sposób operacyjny przeciw jagliczemu podwinięciu powieki górnej *(entropium)* [15]).

Z wyjątkiem tych tylko, którzy na podstawie czysto teoretycznych rozumowań, metodę tę już z góry potępili, odrzucili i nigdy jej sami nie stosowali, zgadzają się wszyscy autorowie, że po pierwsze, skraca ona znakomicie czas leczenia, powtóre, że powikłania rogówkowe, łuszczka, wrzody czy też głębsze nacieki nadzwyczaj szybko i łatwo ustępują, po trzecie, że nawroty przydarzają się tylko rzadko, po czwarte, że zmiany w pozostawionej spojówce łatwo opanować możemy za pomocą następowego leczenia a wreszcie po piąte, na co wszyscy z naciskiem zwracają uwagę, że operacya ta bynajmniej nie sprowadza żadnej nieprawidłowości w ustawieniu powieki górnej ani ruchomości gałki, czego teoretyczni jej przeciwnicy najwięcej się obawiali, że owszem przeciwnie mimo wycięcia wraz z załamkiem znacznej części mięśnia Mullera współdziałającego przy podnoszeniu powieki (o czem sam także przekonałem się niejednokrotnie) nie tylko nie wywołuje opadania powieki górnej, lecz że przeciwnie powieka unosi się nieco ku górze, przez co szpara powiekowa staje się wyższą. Przyczyny tej na pozór trudnej do wytłómaczenia okoliczności należy szukać, jak zgodnie podają Vossius [16]) i Sroczyński, w tem, że przez skrócenie chrząstki zbliża się punkt przyczepienia ścięgna dźwigacza powieki górnej *(levator palp. sup.)*. Ku wolnemu brzegowi powiekowemu, co się równa przemieszczeniu mięśnia ku przodowi. Naturalnie, że ta ostatnia okoliczność wchodzi w rachubę tylko wówczas, gdy dość spory kawałek chrząstki usuniemy, w przeciwnym zaś razie nie uzyskamy tego czynnika równoważącego ubytek mięśnia Müllera i sprowadzimy mniej lub więcej wybitną *ptosis*, tem bardziej, że jak powiada Sroczyński: „twarda i niepodatna chrząstka w stosunku do skróconego załamka jest za wysoką, aby mogła mimo napięcia załamka poddać się działaniu *m. levatoris palpebr. sup.*“.

Wyżej wspomnianą metodę wycinania samego załamka według Gałęzowskiego, miałem sposobność widzieć w klinice prof. Wicherkiewicza, nawet w kilku rozpaczliwych przypadkach i mogłem przekonać się, że wynik jej na przebieg samej jaglicy był więcej niż zadawalającym. Później zachęcony wynikiem wycinania załamka z chrząstką, w kilku przypadkach operowanych i okazanych mi uprzejmie przez Doc. Sroczyńskiego, wykonałem je (4 razy) *in praxi privata pauperum* i mogę wyżej wyliczone korzystne strony tej metody potwierdzić w zupełności. Przyznam się atoli, że zawsze przystępowałem do tej operacyi (chociaż przekonany o jej korzyściach) z pewnego rodzaju niesmakiem a to z przyczyn, które i innych skłoniły do szukania sposobu, aby ten sam cel osięgnąć z mniejszem obrażeniem.

Zdawałoby się po tem, cośmy wyżej powiedzieli, że metoda przedstawiająca tyle niewątpliwych korzyści, powinna się powszechnem cieszyć uznaniem. Tymczasem, skoro minął czas pierwszego zapału jej gorących zwolenników, wzgląd, że przy tym sposobie postępowania usuwamy nietylko swoisty

[12]) O leczeniu jaglicy. Kraków 1891.
[13]) Arch. f. Ah. XXII. 1890.
[14]) Berliner klin. Wochenschrift 1882.
[15]) Arch. f. Ophthalm. XXXI. 1885.
[16]) Sitzungsbericht d. ophthalm. Ges. Heidelberg 1885.

wytwór jaglicy, t. j. ziarna jaglicze, ale i części zdrowe lub wprawdzie dotknięte chorobowemi zmianami, które atoli jako następowe a nie swoiste, dałyby się zapewne pod wpływem stosownego leczenia usunąć zupełnie a dalej aż nadto zrozumiała chęć zaoszczędzenia wszystkiego, co się tylko da uratować, siłą nieubłaganej konieczności wytworzyły pytanie, czy na drodze bardziej konserwatywnej chirurgii nie dałoby się osięgnąć tego samego celu? Zadanie to stara się rozwiązać Sattler[17]), zwracając wszelkie swoje zabiegi do usunięca samych tylko ziarn jagliczych z oszczędzeniem sąsiedztwa i podaje w tym celu nowe postępowanie, polegające na nacinaniu ziarn z osobna za pomocą igiełki dyscysyjnej i następowem wyłyżeczkowawaniem ich treści. Operacyę tę można wykonywać po znieczuleniu kokainą, w razie gdy nie wiele ziarn mamy usunąć; jeśli zaś choroba bardzo się rozwielmożniła, potrzebną jest narkoza chloroformowa. W miejscach, gdzie ziarna jaglicze spoczywają na stalszej podstawie, t. j. w spojówce chrząstkowej, wykonanie tego rękoczynu nie napotyka na większe trudności. Przeciwnie w załamku, zwłaszcza jeżeli on jest nieco tylko obrzmiałym i rozpulchnionym, usuwają się ziarna pod naciskiem igiełki lub łyżeczki. Aby usunąć tę niedogodność a równocześnie odsłonić cały załamek, wyciąga się go za pomocą szczypczyków haczykowatych, które następnie asystent utrzymuje a drugiemi szczypczykami chwyta się po kolei fałdy i pociągając wedle potrzeby w tę lub ową stronę odpowiednio napina i przystępuje bez dalszej już przeszkody do nacinania i wypróżniania ziarn.

Asystent Sattlera, Herrnheiser podał nawet osobne szczypczyki dwuramienne (końce rozdzielają się na dwa ramiona, z których jedno ruchome), bardzo przydatne do równoczesnego wywijania i napinania załamka, bez których jednakże, postępując w opisany sposób, łatwo obejść się można. Po dokładnem usunięciu wszystkich widocznych ziarn a nie trzeba zapominać także o fałdzie półksiężycowym, zmywa się pole operacyjne dokładnie sublimatem 1‰ i stósuje zimne okłady sublimatowe, ewentualnie na lodzie oziębione dopóty, dopóki chory znajduje to przyjemnem. Odczyn po tej operacyi zależy naturalnie w pierwszym rzędzie od ilości usuniętych ziarn; może więc być większym lub mniejszym tak, że w przypadkach lekkich i niepowikłanych, ambulatoryjnie i pod kokainą wykonywać ją można; w cięższych zaś i ciężkich, powikłanych przypadkach, obrzmienie powiek i spojówki dosięgnąć może dość znacznego stopnia, zazwyczaj jednak pod zimnymi okładami i przepłukiwaniami sublimatem (1:5000) ustępuje w ciągu dni kilku lub co najwyżej kilkunastu. W przypadkach, gdzie wydzielina jest obfitą, gdzie ze znacznie rozbujałej spojówki w grube fałdy na załamku ułożonej niedość wyraźnie ziarna występują, radzi Sattler, usunąć poprzednio te przypadłości, stosując azotan srebrowy lub pomazując codzień spojówkę sublimatu 1:500. Skoro tylko zmniejszy się obrzmienie spojówki a ziarna lub wprost nacieczenie ziarniste wystąpi wyraźniej, można wykonać operacyę. Leczenie pooperacyjne polega początkowo, jak już wspomniałem, na zmywaniach sublimatowych i zimnych okładach; później po ustąpieniu zadraźnienia, znakomite w celu usunięcia przerostu i zgrubienia błony śluzowej oddaje usługi siarkan miedziowy; w końcu radzi Sattler stósować kwas boro-taninowy w mięszance Wicherkiewicza (1:3) jako proszek, lub też w formie maści (1:3:10), którą można choremu dać do domu. W razie powikłań ze strony rogówki dobrze działa maść z pp. białego lub jeszcze lepiej żółtego (0,15:5,0).

(Ciąg dalszy nastąpi).

[17]) Die Trachombehandlung einst und jetzt. 1891.

IV. Oceny i sprawozdania.

Otyatrya.

R. Spira (w Krakowie). **Przypadek urazowego zapalenia poprzecznej zatoki żylnej w następstwie otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego. Wyleczenie.**

Dzięki dobrym wynikom, jakimi uwieńczone bywają w nowszych czasach zabiegi chirurgiczne w leczeniu rozmaitych chorób narządu słuchowego, jakoteż groźnych często ich powikłań ze strony mózgu, co raz chętniej garnią się chirurdzy i otyatrzy do operacyjnego leczenia wspomnianych chorób. Wobec powikłań chorób usznych, stanowiących w dawniejszych czasach *noli me tangere*, do których należy przedewszystkiem zapalenie i zakrzepica zatok żylnych podstawy czaszkowej, obecnie wcale już bezsilnymi nie jesteśmy. Ze względu na wielką ważność i małą stosunkowo liczbę ogłoszonych przypadków mimowolnego uszkodzenia zatoki żylnej poprzecznej i jego następstw przy otwieraniu wyrostka sutkowego ogłasza Spira taki przypadek z własnej praktyki. U chorego, 22 lat liczącego, wystąpiło w następstwie przestrzykiwania ucha wodą zimną ropne zapalenie ucha środkowego, któremu towarzyszyły objawy dość gwałtowne, jak bóle i zawrót głowy, nudności, wymioty, znaczna gorączka z uporczym wypływem ropnym z ucha i obrzmieniem przed i poza małżowiną uszną. Wskutek leczenia przeciwgnilnego (przestrzykiwań płynami przeciwgnilnymi przez trąbkę Eustachiusza zapomocą katetera) i przeciwzapalnego ustąpiły powyższe objawy podmiotowe, jak również obrzęk na wyrostku sutkowym i w przewodzie zewnętrznym, gdy okolica przed uchem więcej obrzmiała. W dalszym przebiegu choroby rozpoznano: *caries et perforatio ossis mastoidei*, z powodu czego wykonał prof. Trzebicky trepanacyę wyrostka sutkowego. Podczas wyskrobywania ostrą łyżeczką granulacyi usunięto także martwiak z tylnej wewnętrznej ściany wyrostka, przyczem opona twarda została obnażona. Nagły krwotok żylny oczywiście z obrażonej zatoki esowatej. W najbliższym czasie wystąpiły groźne objawy zapalenia i zakrzepicy zatoki poprzecznej, wysoka gorączka z częstymi dreszczami wśród równoczesnego rozwinięcia się bolesnego obrzęku wzdłuż odpowiedniej żyły jarzmowej, utrudniającego połykanie, nierówność źrenic etc. Pod wpływem leczenia dalszego zachowawczego nastąpiło ostatecznie wyleczenie.

Uzasadniwszy długie zwlekanie z otwarciem wyrostka sutkowego, mimo wyraźnego wskazania doń już w początku choroby, zastanawia się autor w dalszym ciągu nad sposobem, w jaki ropienie ucha środkowego rozszerza się na wyrostek sutkowy, czyniąc wczesny zabieg, trepanacyę, koniecznym celem zapobieżenia groźniejszym następstwom. Autor zestawia następujące wskazania do trepanacyi wyrostka sutkowego. A) Wskazania pierwotne: 1) Długo trwające, obfite ropienie z ucha środkowego, nie ustępujące leczeniu przeciwgnilnemu. 2) Znaczne, długo trwające bóle w uchu, w głowie i okolicy, utrzymujące się mimo dość rozwartej perforacyi błony bębenkowej. 3) Ogólne objawy: długo trwająca, wysoka gorączka lub stale utrzymujące się mierne podwyższenie ciepłoty w ropieniu usznem, nieustępujące żadnemu leczeniu, ogólne osłabienie, apatya i t. p. Szczególnie nagłe podniesienie się ciepłoty w ropieniu ucha środkowego, towarzyszącem chorobie zakaźnej ostrej, nakazuje baczyć na

wyrostek sutkowy. 4) Objawy mózgowe: bóle i zawrót głowy, wymioty, bredzenie, senność, zboczenia w czynnościach nerwów mózgowych, jak zwolnienie, niemiarowość tętna, różnica źrenic, upośledzenie akomodacyi, występujące w ropnem zapaleniu ucha środkowego naglą do trepanacyi, choć objawy uszne są nieznaczne lub już przeszły. Następnie ważnem wskazaniem jest tarcza zastoinowa lub zapalenie nerwu wzrokowego, wskazujące na powikłanie wśródczaszkowe, gdy ze strony innych nerwów mózgowych nie ma jeszcze objawów. 5) Zmiany przedmiotowe i podmiotowe wyrostka sutkowego, jak bolesność, naciek, nie ustępujące mimo energicznego leczenia przeciwzapalnego lub często wracające, szczególnie gdy się łączą z objawami próchnienia kości skroniowej. 6) Inne objawy próchnienia kości skalistej: rodzaj ropy, niedowład nerwu twarzowego, obrzmienie przewodu zewnętrznego, ropnie opadowe na bocznej części szyi, powrotne zapalenie okostny wyrostka i t. p. B) W s k a z a n i a n a s t ę p o w e: 1) Jeżeli w przebiegu przewlekłego ropienia usznego wystąpiło wskazanie do wyłuszczenia kostek słuchowych spróchniałych i do wyskrobania jamy bębenkowej i po tym zabiegu przytoczone wyżej objawy występują lub dalej trwają, albo 2) jeżeli wytworzył się ropień podokostnowy na wyrostku sutkowym i po t. zw. cięciu Wildego i wypróżnieniu ropy objawy opisane dalej trwają lub wracają, lub gdy odsłonięta korowa warstwa kości przedstawia zmiany chorobowe, rozmiękczenie, przedziurawienie przetoką i ziarninę w warstwie korowej wyrostka.

Objawy zadrażnienia opon mózgowych i objawy ropnicy nie stanowią przeciwwskazania do trepanacyi, lecz wybitne ropne zapalenie rozlane opon mózgowych lub ropnica z przerzutami w ważnych narządach. Nawet rozpoznanie ropnia mózgowego nie stanowi przeciwwskazania do trepanacyi, po części jest raczej wskazaniem, lecz obok trepanacyi należy wyszukać i otworzyć ropień mózgowy.

Zastanawiając się nad rozpoznaniem i rozróżnianiem najczęstszych powikłań śródczaszkowych ropienia usznego, jakoto: 1) ropnia mózgowego, 2) zapalenia opon mózgowych i 3) zapalenia i zakrzepicy zatoki poprzecznej z ropnica, udowadnia Spira, że w jego przypadku rozpoznanie ostatniej choroby nie ulegało wątpliwości, przyjmuje jako przyczynę tejże prawdopodobnie obrażenie poprzecznej zatoki żylnej ostrą łyżeczką podczas trepanacyi wyrostka. Przytacza okoliczności, przemawiające przeciw zbyt energicznemu używaniu łyżeczki ostrej przy wyskrobywaniu wyrostka. R o k o w a n i e zawisłem jest od obecności powikłań mózgowych, niemniej od wczesnego rozpoznania. L e c z e n i e. Gdzie tylko jest podejrzenie zapalenia zatoki poprzecznej, należy przedewszystkiem otworzyć dłutem wyrostek sutkowy. Jeżeli objawy potem dalej się utrzymują, albo dopiero występują, należy odsłonić zatokę. Oglądanie, obmacywanie, wynik punkcyi próbnej zatoki wskazują dalsze leczenie. Jeżeli ropa w zatoce, należy naciąć i wypróżnić. Zaufal proponuje poprzednie podwiązanie żyły szyjnej odpowiedniej strony, poczem należy zatokę naciąć, z otworu w żyle nad miejscem podwiązanem przestrzykiwać dolną część zatoki, ranę zatoki wypełniać gazą jodoformową i opatrzyć. Zapewne niejeden chory zawdzięcza tej operacyi swoje ocalenie. W razie obecności powikłań, jak zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu albo przerzutów w płucach, sercu i t. d. jest ta operacya naturalnie przeciwwskazaną, bo zapóźną i nieskuteczną.

W końcu opisuje autor przypadek przez siebie spostrzegany zakrzepicy zatoki poprzecznej z następową ropnicą, tyczący się 70-cioletniego rybaka, którego leczył poprzednio na przewlekły otok ropny ucha. Zakończył on się śmiercią, prawdopodobnie wskutek zaniechania wczesnego wykonania operacyi, na którą rodzina chorego zgodzić się z początku nie chciała; gdy później zezwoliła, było już niestety zapóźno. (Odbitka z *Przeglądu chirurg.* Z. I. T. II).

Dr. Baschkopf.

Okulistyka.

G u t m a n n: **O wstrzykiwaniach podspojówkowych.**

W obszernej pracy zebrał G. wszystkie prace, dotyczące wstrzykiwań podspojówkowych od najdawniejszych do najnowszych. G. przytacza nietylko autorów chronologicznie lecz streszcza pokrótce wyniki ich badań. Pierwszy Rothmund (1866) stosował sól kuchenną w roztworze, wstrzykując ją pod spojówkę w celu wyjaśnienia starych zaćmień rogówkowych. Sublimatu dopiero później (1887) użył do wstrzykiwań podspojówkowych Secondi przeciwko zapaleniom ropnym rogówki. Schöler używał rozczynów kwasu salicylowego i karbolowego przeciw ropnemu zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego, ale rozczyny te wstrzykiwał nie pod spojówkę, lecz do ciałka szklanego. Najwięcej rozpowszechniły się wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu od roku 1891, gdy Darier począł ich używać w różnorodnych cierpieniach oka. A ponieważ podług jego opisów skutki po zastosowaniu sublimatu miały być znakomite, więc zaczęto wszędzie robić doświadczenia z tym środkiem. Prac od tego czasu ogłoszono nader wiele, jak z rozprawy G. widzimy. A wszyscy autorowie zalecają ten środek mniej lub więcej gorąco.

Wstrzykiwania te, mianem „Dariera" ochrzczone, stosowano w najrozmaitszych cierpieniach i z dobrym skutkiem. Gepner zauważył nawet zmniejszenie się refrakcyi oka niedomiarowego (z — 18 D na — 12 D) po wstrzyknięciach sublimatu.

G. jednakże na podstawie swego własnego doświadczenia nie chce przyklasnąć sposobowi Dariera, gdyż nietylko że po wstrzykiwaniach nie widział skutku dodatniego, ale owszem, nieraz pogorszenie sprawy chorobowej mimo a może w skutek wstrzykiwań, jak w przytoczonym przez siebie przypadku kiłowego zapalenia tęczówki i naczyniówki, gdzie piąte z rzedu wstrzyknięcie wywołało ostry napad zapalenia tęczówki.

Polepszenie po wstrzyknięciu widział G. tylko w jednym przypadku zapalenia twardówki, ale wtedy użył rozczynu trójchlorku jodu polecanego przez Pflügera a nie sublimatu. W całym zaś szeregu innych chorób jak: miąższowe zapalenie rogówki, przewlekłe zapalenie naczyniówki, poczynające się zapalenie ropne oka całego, zapalenie nerwu wzrokowego, zapalenie rozsiane naczyniówki, nawet w świeżym przypadku zakażenia po wydobyciu zaćmy, gdzie podług Dariera sublimat jest środkiem swoistym, najmniejszego skutku nie zauważył i dlatego ten sposób zarzuca. (G. wstrzykiwał jednakże rozczyny bardzo słabe bo 1 : 5000 i gdy po kilku wstrzyknięciach skutku nie zauważył, odrzucał ten środek albo też wstrzykiwał rozczyn bardzo silny (1 : 1000)· a wtedy otrzymywał albo pogorszenie się sprawy albo nader silną reakcyę. Rozczynów powszechnie używanych 1 : 2000 nie używał wcale a w ogóle środka tego wytrwale nie stosował. Sprawozdawca *Przeglądu lek.*). *(Archiv f. Augenheilk.* Knappa 1894. III. i IV.). *Dr. Brudzewski.*

Choroby zakaźne.

R u d o l f A b e l i R y s z a r d C l a u s s e n (w Królewcu): **Jak długo przecinkowce choleryczne pozostają w dejektach przy życiu?**

Na wstępie zwracają uwagę autorzy na ważność pytania jak długo przecinkowce choleryczne w dejektach pozostają żywymi i zdolnymi do wywołania zakażenia. Jeżeli w przeciągu niewielu dni giną, to wystarczałoby doły i zbiorniki kloaczne, zanieczyszczone odchodami osób chorych na cholerę, izolować na kilka dni, mianowicie na czas nieco dłuższy, niż trwa najdłuższa przypuszczalna żywotność przecinkowców; po upływie tego terminu kał taki możnaby uważać za zupełnie odwietrzony, bez obawy wywieźć go ze zbiorników i użyć n. p. jako nawozu. Jeżeli jednak przecinkowce w kale przez dłuższy czas zatrzymują swoją żywotność, to

wtedy należałoby odchody takie jak najściślejszej poddawać desinfekcyi, by uniknąć rozwleczenia zarazy. Wielu też starało się rozstrzygnąć to pytanie.

Gaffky, który treścią jelit zwłok cholerycznych polewał płótno i mokrą ziemię, nie znajdywał w tych przedmiotach żywych przecinkowców już po czterech dniach. Koch w gnojówce kanałów berlińskich hodował przecinkowce przez 6—7 dni — w kale ginęły po 27 godzinach. Według Nicatiego i Britscha znikają przecinkowce ze zlewów cholerycznych przeważnie już po 48 godzinach, nigdy zaś nie żyją w nich dłużej nad 8 dni. Kitasato mięszał bulionowe hodowle przecinkowców z kałem zwykłym i znajdował, że ginęły w nich w $1^1/_2$ do 3 dni a potwierdził to Uffelmann. Kaupe z odchodów cholerycznych nie mógł już po 24 godzinach wyhodować przecinkowców. Inni autorzy znów przekonali się, że przecinkowce Kocha daleko dłużej zatrzymują swą żywotność w odchodach. I tak, Gruber przechowywał dejekta choleryczne w ciepłocie 20 do 22° C. i mógł z nich jeszcze po ośmiu dniach otrzymać hodowle przecinkowców, a Karliński w jednym przypadku nawet po 28 dniach, Schiller w sztucznie przyrządzanych stolcach cholerycznych nie znajdował przecinkowców już po 4 do 5 dniach, czasem były jednakie jeszcze i po 14. Petri wykazywał w jelitach morskich świnek, padłych po zakażeniu przecinkowcami cholerycznymi a zakopywanych w ziemi, żywe przecinkowce jeszcze po 12 a nawet po 19 dniach; Lurbasch w ludzkich odchodach cholerycznych po 22 dniach a Abeli Loeffler w namule torfowym po 10 dniach. Fraenkel i Klipstein zanieczyszczali także torf kałem i hodowlami przecinkowców Kocha, i otrzymywali z nich hodowle jeszcze po 27 dniach; a Gartner z kału dziecka, do którego domięszał przecinkowców, mógł je wyhodować nawet po sześciu tygodniach. Dräer przekonał się, że w kale kwaśno oddziałującym przecinkowce giną bardzo szybko, w obojętnie zaś oddziaływającym i sterylizowanym żyją do 28 dni. Dalej przytaczają autorzy, iż i epidemiologia rzuciła na tę kwestyę w ostatnich czasach pewne światło, i tak n. p. w Rewlu panowała w roku 1871 epidemicznie cholera, która wygasła 21. Listopada; w Grudniu wywieziono z kloak miejskich nieczystości na okoliczne, śniegiem pokryte łąki, przez które przechodził wodociąg; 24. Grudnia zatajało, woda z roztajałego śniegu dostała się do kanału wodociągowego i w mieście cholera na nowo wybuchła.

Uffelmann badał, jakie okoliczności sprzyjają najbardziej żywotności przecinkowców cholerycznych, znajdujących się w odchodach. Najdłużej utrzymał je przy życiu mieszając ich hodowle z kałem, nie zawierającym moczu i przechowując w lodowni; żyły wtedy 28—38 dni, gdy kał zawierał mocz, ginęły po 10—12 dniach.

Dunbar miał znajdować w odchodach cholerycznych przecinkowce po 4 miesiącach, a Karliński po 32 a nawet po 52 dniach.

Autorzy sądzą, że dwie okoliczności mogły wpłynąć na rozmaitość wyników:

1) że używano do doświadczeń to sztucznych, to naturalnych odchodów cholerycznych

2) że wykrywano obecność przecinkowców różnymi metodami, bo gdy n. p. hodowle bulionowe lub peptonowe dają jeszcze rezultat dodatni, płytki gelatynowe często przecinkowców nie wykażą.

Autorzy używali do swych doświadczeń naturalnych odchodów cholerycznych, badali 31 przypadków. Po przekonaniu się obecności przecinkowców, przechowywali treść we flaszeczkach szczelnie zamkniętych, w cieniu w ciepłocie 13 do 16° C. Co dwa lub trzy dni kałem tym zaszczepiali probówki z peptonem, które wstawiali na 24 godzin do termostatu poczem wylewali z nich płytki gelatynowe; gdy w ten sposób nie znaleźli prątków, brali około 50 cm. z przechowywanego kału, na to nalewali podwójną do pięciokrotnej ilość peptonu i z tego dopiero po 24 godzinach zaszczepiali probówki z peptonem i t. d. Najdłuższy termin żywotności przecinkowców przechowywanych w odchodach, jaki znaleźli, był 29 dni, zdarzało się jednak, iż w niektórych próbkach przecinkowce ginęły po kilku, a nawet po jednym dniu. Im więcej ich było w kale w stosunku do innych drobnoustrojów, czyli im typowsze były stolce choleryczne (ryżowe), tem dłużej utrzymywały się te pierwsze przy życiu, jeżeli zaś przeważała liczba innych mikroorganizmów, ginęły przecinkowce rychło, nieraz nawet bardzo rychło, bo w przeciągu jednego dnia. Ma to znaczenie ze względu na przesyłanie dejektów cholerycznych do badania na odległe miejsce, w niektórych bowiem przypadkach, mogą przecinkowce w kale przesłanym do badania do odległej miejscowości wyginąć przez drogę i rozpoznanie będzie mylne, co umożliwi rozwleczenie zarazy. Z tego wysnuwają autorzy wniosek, że należałoby stacye do badań cholerycznych urządzać w miejscowościach niezbyt od siebie odległych. Należałoby dalej, według autorów, dejekta rekowalescentów pocholerycznych badać pod względem obecności przecinkowców nie raz, ale trzy razy, i dopiero jeżeli przez trzy razy nie wykryje się przecinkowców, uznawać ich zdrowymi; zdarza się bowiem, że dejekta rekowalescentów jednego dnia nie zawierają przecinkowców, a drugiego dnia je zawierają. Przekonali się następnie, iż w kale alkalicznie oddziaływającym dłużej żyją przecinkowce niż w kwaśnym. W wielu wreszcie przypadkach wykrywali autorzy przecinkowce za pomocą peptonu, gdy gelatyna nic nie wykazywała. *(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* Tom XVII. Nr. 2, 3, 4.). *J. Nowak.*

W. M. Kazansky. **O wpływie zimna na bakterye choleryczne i pokrewne wibryony, jak Finklera — Priora, Millera, Denekego i Miecznikowa.**

Z cytowanej przez autora literatury wynika, że zdania co do wytrzymałości prątków cholerycznych na zimno są różne. Według Kocha nie rozwijają się one poniżej 16° C. Finkler-Prior hodował je w ciepłocie 15° C. C. Fraenkel w 9° C. a Ermengem nawet w 8° C. Koch wystawiał przecinkowce choleryczne przez 10 godzin na działanie dziesięciostopniowego mrozu, bez żadnej dla nich szkody. Według Babesa przetrzymują — 14° C. a według Bapczewskiego — 15° C. przez miesiąc, giną jednak w ciepłocie — 21° C. Badania Wnukowa wykazały, że są one w stanie przetrzymać ciepłotę — 32° C. i to przez miesiąc a do podobnych wyników doszedł także Uffelmann. Inni znów, jak Finkelnburg, Renk, Abel i Karszyński nie przypisują przecinkowcom cholerycznym tak znacznej wytrzymałości; Renk n. p. twierdzi, że już po 36 godzinach giną w ciepłocie — 9·6° C., i że w lodzie mogą najwyżej przez 8 dni pozostać przy życiu.

Autor wystawił hodowlę przecinkowców na działanie ciepłoty dochodzącej do — 12° C, przyczem hodowla zamarzła i trzy razy sztucznie została roztajoną, przez cztery miesiące jednak przecinkowce w takich okolicznościach utrzymywały się przy życiu. Do badań swych używał autor hodowli bulionowych, gelatynowych i agarowych, wystawiał je na bezpośrednie działanie mroźnego powietrza, chroniąc przed słońcem i śniegiem. Pokazało się, że:

1) przecinkowce choleryczne znoszą nie giuąc ciepłotę dochodzącą do — 31° C.

2) nie szkodzi im zupełne zamarznięcie hodowli, choćby ono trwało do 20 dni.

3) znoszą kilkakrotne odtajanie i zamrożenie

4) w zimie pozostać mogą przy życiu nawet przez 4 miesiące, i to przetrzymują najsroższe mrozy, gdy ciepłota dochodzić może do — 31° C.

Podobnie zachowują się, według autora, wobec zimna i inne choleroidy. (*Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde.* Tom XVII. Nr. 5, 6.). *J. Nowak.*

Choroby dzieci.

H u b n e r: **O trawieniu mącznych pokarmów u osesków.**

Powszechnie przyjmuje się, że narząd trawienia osesków nie jest w stanie przeobrazić skrobi w cukier. Tymczasem doświadczenia doprowadziły do zupełnie odmiennych wyników.

Dziecku 7-tygodniowemu podawano w odpowiednim przyrządzeniu z wodą mąkę i badano ściśle chemicznie stolce, a z badań tych okazało się, że mąka zostaje zupełnie strawioną. Jeśli jednak żywiono dziecko dłuższy czas w ten sposób, to traciło ono na wadze. Ztąd da się wysnuć wniosek, że nawet kilkutygodniowe dzieci są w stanie strawić skrobię tak dobrze, jak cukier i białko, a jednak że pożywienie to nie wystarcza, a zwiększenie ilości tego pokarmu nie zastąpi braku substancyj białkowatych, a może mieć szkodliwy wpływ na samą funkcyę trawienia.

W stanach patologicznych jest pokarm mączny pożywieniem oszczędzającym narząd trawienia, dlatego podaje się go w niestrawnościach. Chcąc podać dziecku pokarm mączny, należy zmięszać 5—6 grm. mąki z wodą i zalawszy wodą wrzącą zagotować, można także dodawać mleka. W żadnym razie jednak nie należy bez szkody dla równowagi ekonomii organizmu podawać dłużej tego pokarmu, niż 8 dni. *(Münchener Medizin. Wochenschr.* Nr. 4. 1895).

Dr. Jan Raczyński.

K o s m o w s k i W i k t o r y n: **O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie.**

Idąc w ślad za dokonanemi już badaniami co do wzrostu i wagi u dzieci w miastach zagranicznych jak Stokholm, Turyn, Boston, Londyn, uskutecznił K. te same badania na 3.438 dzieciach warszawskich. Dzieci poddane badaniu pochodziły z najniższych warstw społecznych, pozostawały w najgorszych stosunkach życia. Pomiary uskuteczniono w miesiącu kwietniu i maju; wiek dzieci badanych ograniczono do lat 8—15.

Wnioski, jakie dały się uzyskać, można streścić w ten sposób:

Średni wzrost chłopców jest większy od średniego wzrostu dziewcząt; średnia waga chłopców do 13 roku życia jest także większa od średniej wagi dziewcząt; dopiero między 13—14 rokiem życia waga dziewcząt przewyższa wagę chłopców. To przewyższanie wagi u dziewcząt zauważono i w innych krajach, tylko że przewaga ta następuje wcześniej, bo między 11 a 12 rokiem życia.

Bezwzględna wysokość i bezwzględny ciężar ciała chłopców warszawskich jest mniejszy od wzrostu i ciężaru chłopców w Sztokholmie i Bostonie, ale większy od chłopców w Turynie. Dziewczęta warszawskie pozostają w tyle co do obu tych pomiarów od rowieśniczek swych z tamtych trzech miast.

Znachodzimy także dane porównawcze co do przybytku rocznego ciężaru i długości ciała.

Wynik tych pomiarów pozwala autorowi wyrazić zdanie, że dzieci warszawskie niewiele niżej stoją co do rozwoju swego fizycznego od dzieci w Sztokholmie, przewyższają nawet pod tym względem dzieci włoskie z Turynu, ale dużo pozostają w tyle po za dziećmi amerykańskiemi w Bostonie. *(Medycyna* 6, 7, 8, 9, 1894).

Dr. Jan Raczyński.

Zapiski terapeutyczne.

33. G r o e n o u w: R o z c z y n e f e d r y n y z h o m a t r o p i n ą j a k o n o w y ś r o d e k r y c h ł o a p r z e l o t n i e r o z s z e r z a j ą c y ź r e n i c ę (z kliniki okulistycznej we Wrocławiu). Jeżeli rozszerzenie źrenicy w celu terapeutycznym na pewien czas jest potrzebne, to naodwrót jest ono bardzo nieprzyjemne tam, gdzie chodzi tylko o zbadanie w celu dyagnostycznym. Życzenie przeto, ażeby upośledzenie wzroku skutkiem rozszerzenia źrenicy ograniczyć do czasu jak najkrótszego, doprowadziło do użycia w tym celu kokainy i homatropiny, które jednak tę jeszcze mają niedogodność, iż rozszerzenie źrenicy po nich trwa prawie przez cały dzień. Dążyć przeto należy w celu dyagnostycznym do środka, któryby rozszerzając jak najrychlej źrenicę, już n. p. po $^1/_2$ lub całej godzinie nie zostawiał po sobie żadnego skutku.

Otóż takim środkiem według doświadczeń prof. Geppertа na ludziach i zwierzętach jest efedryna z dodatkiem bardzo małej ilości homatropiny. Rozczyn samej efedryny 10% po $^1/_2$ do całej godziny rozszerza miernie źrenicę, która w rozproszonem świetle dziennem jest prawie tak szeroka jak po zapuszczeniu atropiny, po zadziałaniu jednak mocnego światła nieco się kurczy tak, iż gdy w oku nie traktowanem tym środkiem ma średnicy 1 do 2 mm., w oku, do którego zapuszczono efedrynę, ma średnicy 4 do 5 mm. Po zapuszczeniu efedryny do przedniej komory oka rozszerza się źrenica już w kilka minut. Skutek największy trwa mniej więcej pół godziny, poczem zaczyna maleć i po kilku godzinach znika zupełnie.

Otóż to działanie efedryny wzmacnia się bardzo przez dodanie nader małej ilości homatropiny, mija jednak równie rychło, jak po użyciu samej tylko efedryny.

Rozczyn efedryny z homatropiną sporządzony jest według przepisu:

Rp.	*Ephedrini hydrochlorici*	*1·00*
	Homatropini hydrochlorici	*0·01*
	Aquae destil.	*10·00*

Rozczyn ten jest całkiem przeźroczysty i bezbarwny a wprowadzony do worka spojówkowego u człowieka nie sprawia zazwyczaj żadnego bolesnego wrażenia, niekiedy tylko nieznaczne pieczenie a według doświadczenia na prawie 100 osobach nie wywołuje żadnych skutków ubocznych.

Uwagi godną jest rzeczą, że rozczyn efedryny z homatropiną n i e w p ł y w a w c a l e n a a k o m o d a c y ę a dosyć mocno rozszerza źrenicę, której oddziaływania na światło nigdy zupełnie nie znosi.

Po jednorazowem zapuszczeniu (2 do 3 kropel) przerzeczonego rozczynu efedryny z homatropiną do worka spojówki zaczyna się źrenica rozszerzać średnio w $8^1/_2$ minuty (ze zmianami w czasie od 6 do 13 minut), dochodzi do największego rozszerzenia średnio po 34 minutach (od 23 do 40 minut) a po średnio 63 minutach (32 do 81) zaczyna się zwężać i dochodzi do pierwotnych wymiarów po 4 do 6 godzinach. Największe rozszerzenie źrenicy utrzymywało się przez 29 minut (od 15 do 45 minut) i wynosiło w średnicy około 5·6 mm. (od 4·5 do 7·0 mm.), co zazwyczaj wystarcza do zbadania oftalmoskopem.

Rozczyn dwa razy słabszy, t. j. zawierający 5% efedryny i 0·05% homatropiny działa słabiej, nie sprawia jednak po zapuszczeniu najmniejszego nawet palenia. Po użyciu jego rozpoczyna się rozszerzać źrenica również w $8^1/_2$ minuty, dochodzi do największej średnicy po 40 minutach, zaczyna maleć już po 56 minutach i odzyskuje pierwotne wymiary już po $3^1/_2$ godziny. Największe działanie nie trwa całych 20 minut i nie jest tak znaczne, jak po użyciu rozczynu dwa razy mocniejszego.

Z tych dat wypada, że rozczynu efedryny z homatropiną można bardzo wygodnie użyć wszędzie, gdzie rozchodzi się o mocne, chociaż nie najmocniejsze rozszerzenie źrenicy na krótko t. j. tylko dla zbadania. (Jeżeli się sprawdzą podania autora, to częściej niż dotychczas będzie można badać dno oka w przebiegu różnych chorób układu nerwowego. Przyp. sprawozd. *Przeglądu lekarskiego*).

Efedryna (od E. Mercka) w Darmsztadzie jest w tej chwili jeszcze droga, bo gram kosztuje 9 marek, spodziewać się można jednak na pewno, że cena ta obniży się znacznie, skoro będzie efedryny większa potrzeba. *(Deutsche med. Wochenschrift* 7. Marca 1895).

34. E. H a r n a c k (prof. w Halli nad S.) P r z y p a d e k o s t r e g o z a t r u c i a p o r ó w n o c z e s n ë m u ż y c i u

zewnętrznem taniny i nadmanganezanu potasowego. W klinice prof. Webera zaszedł następujący przypadek: U 14-letniej dziewczynki, chorej od bardzo dawna na uporczywy, ciągle odnawiający się a rozległy wyprysk (*eczema*), leczony okładami stężonego rozczynu taniny lub kąpielami ($^1/_2$—$1^0/_{00}$) z nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) użyto z powodu znacznego pogorszenia się przerzeczonej choroby skórnej równocześnie obydwóch wymienionych środków. Wkrótce wystąpiło bardzo gwałtowne zapalenie skóry, temperatura doszła do 41° C. i pojawiło się obfite rozwolnienie. Robiło to wrażenie otrucia. Usunięto natychmiast taninę i przyłożono maść Hebry. Mimo to gorączka i inne przypady utrzymywały się jeszcze przez trzy dni. Dopiero po 8 dniach, w których używano obmywań nadmanganezanem potasowym, ustąpiły wszystkie przypady i chora powróciła do pierwotnego stanu:

Wobec tego nasunął się autorowi domysł, iż było tu otrucie jakimś wytworem powstałym z częściowego ukwaszenia taniny przez nadmanganezan potasowy a mianowicie pirogallol, znany ze swych przymiotów trujących w maści użytej na skórę. Za domysłem tym przemawiał mocz, w którym udało się wykryć substancyą, oddziaływającą całkiem jak pirogallol i przypady kliniczne podobne zupełnie do skutków pirogallolu.

Mimo tego nie twierdzi autor na pewne, iż był to pirogallol, ponieważ i inne ciała, jak mianowicie kwas dębiankowy (*acidum gallicum*) oddziaływają chemicznie tak samo, lubo ze stanowiska chemicznego rzecz to bardzo prawdopodobna, chociaż jeszcze nie zbadano dokładnie działania nadmanganezanu potasowego na taninę.

Jakkolwiek przeto przypadek autora nie jest całkiem wyjaśniony, w każdym razie wskazana jest ostrożność przy zewnętrznem nawet stosowaniu równoczesnem dwóch środków całkiem nietrujących, przyczem trzeba mieć na uwadze, że zapalone miejsca skóry wsysają leki bardzo energicznie i że zajmowały one w opisanym przypadku znaczny obszar. Zostaje to zresztą w zgodzie ze spostrzeżeniem, że po użyciu nierozpuszczalnych związków bismutu na rozległe owrzodzenia widziano już objawy ogólnego zatrucia bismutem. (*Deutsche med. Wochenschrift.* 7. Marca 1895).

35. Variot i Rendu. Wpływ surowicy przeciwbłoniczej na temperaturę i tętno. Wszystkie dzieci zgłaszające się do szpitala Trousseau w Paryżu a podejrzane o błonicę dostają zaraz po swem przybyciu do zakładu wstrzykiwanie z 20 cm³ surowicy swoistej przeciw błonicy z instytutu Pasteurowskiego. Otóż na dzieciach, które nie dostały błonicy, studyował Variot skutki fizyologiczne rzeczonej surowicy i przekonał się, że podnosi ona temperaturę o $^1/_2$ do całego stopnia a niekiedy i więcej i przyśpiesza uderzenia serca, czemu towarzyszy często niedomoga (*asthenia*) serca i arytmia tętna. Prawdopodobnie to oddziaływanie z gorączką ma znaczenie lecznicze w błonicy.

Rendu naodwrót u trzech osób dorosłych nie widział po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej żadnego wpływu na temperaturę i tętno, co zdaniem Variota może pochodzić stad, iż Rendu nie badał tętna i temperatura co godzinę; surowica bowiem przelotnie nieraz tylko działa w tej mierze. (*La Semaine médicale* 6. Marca 1895).

36. A. Eulenburg. Wstrzykiwania podskórne w zapaleniu wielu nerwów (*polyneuritis*), osobliwie skutkiem połogu. Autor zaleca:

Rp. *Morphini muriatici centigrm.* *10*
Acidi carbolici glacialis (neigeux) centigrm. *20*
Aquae destil. q. s. ad 10 cm.³
S. Do wstrzykiwań podskórnych.

Na raz wstrzykuje się całą strzykawkę Pravazowską, po kolei wzdłuż przebiegu nerwu tak, by płyn wstrzykiwany mógł dostać się do tkanek otaczających wprost pień nerwowy.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 22. Lutego 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Obecnych członków 32.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia — obecni przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłych kollegów Cassiny i Janiszewskiego.

2) Kol. Szulisławski przedstawił dwóch chorych: jednego z torbielem tęczówki, młodego chłopca, u którego po urazie w pośladek wystąpiło histeryczne oślepnięcie na obu oczach a którego samo badanie uleczyło.

3) Kol. Merunowicz zawiadamia, że przed trzema dniami w powiecie buczackim wyzdrowiał ostatni z chorych na cholerę w Galicyi, że zatem od trzech dni w Galicyi nie ma cholery.

4) Dyskusya nad odczytem kol. Piska: *O upustach krwi.*

Kol. Widmann: Odczyt kol. Piska: *O upustach krwi* nasuwa mi następujące uwagi:

1 Zdaje mi się, że tytuł powinien brzmieć mniej więcej w ten sposób: *W jakich chorobach wewnętrznych uważamy dzisiaj upusty krwi ogólne lub miejscowe za wskazane?* Tytuł bowiem podany przez prelegenta jest zbyt ogólnikowy, bo oprócz internistów używają także jeszcze okuliści upustów krwi jako środka leczniczego, gdy w innych działach medycyny zaniechano ich, o ile mi wiadomo. Zapewne z pospiechu wliczył prelegent stawianie baniek suchych także do upustów krwi.

2. Leczenie w ogóle, to co pospolicie medycyną nazywają, jest sztuką opartą na danych naukowych. Lekarz zawdzięcza swoje pomyślne wyniki lecznicze przeważnie swej zręczności, łatwemu oryentowaniu się w danej chwili a ta zręczność jakkolwiek powinna być opartą na pomocniczych wiadomościach przyrodniczych, nie zawsze idzie w parze z zasobem wiedzy. Mamy n. p. i mieliśmy znakomitych operatorów, których sława opierała się prawie wyłącznie na zręczności technicznej. Internista jest pod tym względem mniej szczęśliwy, bo zabiegi lecznicze stosowane przez niego nie mają po większej części tak doraźnych i bijących w oczy wyników, jak zabiegi chirurga, że tylko przypomnę wyrwanie bolącego zęba przez zręcznego dentystę lub zdjęcie zaćmy przez okulistę.

To też pod względem praktycznym, t. j. w spełnianiu tego, czego ludzkość cierpiąca żąda od lekarza, chirurgia zajmuje pierwsze miejsce a właśnie w tej gałęzi medycyny nie tylko upustów krwi nie stosują, ale i owszem starają się o ile możności wykonywać swoje zabiegi z jak najmniejszą utratą krwi. Gdyby utrata krwi była tak zbawienną, z pewnością nie czyniliby tego.

Upusty krwi są zabytkiem z czasów, w których pomocnicze nauki medyczne leżały odłogiem, z czasów, w których mniemano, że istotą choroby jest krew zepsuta, której jak najwięcej upuścić należy, aby chorego od złych jej wpływów uwolnić. I dziś wiemy, że istnieją choroby krwi, ale czy najzacietszy hematolog odważyłby się w białaczce i t. p. polepszyć stan chorego puszczając mu krew w jakikolwiek sposób? A jednak przytoczył nam prelegent, że niedokrwność, błednicę, leczą obecnie małymi upustami krwi.

Dawniej leczono niemal wszystkie choroby bez względu czy gorączkowe czy zapalne lub niegorączkowe i niezapalne jużto ogólnymi, już miejscowymi upustami krwi. Ileż to razy puszczono krew z czoła w bólu głowy lub stawiano pijawki za uszami w chorobie Meniera. Dziś wprawdzie ograniczono bezmyślne upusty krwi, ale przecież widziałem kilka tygodni temu, że lekarz po operacyi guzów krwawnicowych choremu, który nie był dostatecznie wypróżniony przed operacya i dostał morzyska na drugi dzień po operacyi, kilkanaście pijawek na brzuch postawić zezwolił, bo chory sobie tego życzył i otoczenie jego, jak się tłómaczył lekarz.

Niemocy terapii w chorobach wewnętrznych nic dosadniej nie ilustruje, jak mnogość sposobów postępowania, jak kąpiele mineralne, jak syrupy i ulepki zachwalane n. p. przeciw chorobom płuc, które z pewnością więcej korzyści przynoszą fabrykantom niż konsumentom a które lekarze, bez zastanawiania się, w jaki sposób fizyologiczny mają one podziałać, zalecają swoim pacyentom i mają to zadowolenie, że chory pomimo tego nie ma się gorzej. Ale są to po większej części mniej szkodliwe zabiegi niż upusty krwi.

Jeżeli wszystkie działy medycyny wykluczyły z terapii upust krwi jako nie prowadzący do celu a bardziej szkodliwy niż pomocny, dlaczegóż w medycynie wewnętrznej jest ono jeszcze używane? Jaki jest cel upustu krwi w chorobach wewnętrznych? Nikt nie będzie sądził, że upustem krwi zażegnamy rozwój choroby lub skrócimy jej przebieg, że podziałamy korzystnie, pozbawiając chorego, czy to gorączką czyli też innemi dolegliwościami trapionego i osłabionego, substancyj tkankotwórczych we krwi zawartych. Upustem krwi podziałamy tylko szkodliwie, bo chorego wycieńczonego dyjetą, gorączką i t. d. jeszcze bardziej osłabiamy, pozbawiając go substancyj odżywczych i tkankotwórczych we krwi zawartych.

Po wstępie pobieżnym, historycznym zapoznaje nas prelegent z różnemi chorobami z osobna, w których jeszcze po dziś dzień upusty krwi ogólne i miejscowe są w użyciu, przyznając temu postępowaniu racyę bytu. W pierwszym rzędzie wymienia zapalenie płuc, w którem ogólne i częściowe upusty krwi w dawniejszych czasach były stosowane bardzo szczodrze, a obecnie są jeszcze w użyciu, jakkolwiek rzadziej.

Zdaniem mojem choroba ta jako przykład mający uzasadnić jakiekolwiek postępowanie lecznicze a tem samem upusty krwi jako środek ściśle ją leczący, nie jest dobrze wybraną; wiemy bowiem, że właśnie w zapaleniu płuc nasze zabiegi lecznicze doznają największego zawodu i mylnie cieszymy się, że tym lub owym sposobem lecząc tę chorobę, osiągamy świetne rezultaty. Jestto choroba, która czy to sobie samej zostawiona czy to najracyonalniej leczona, przebiega równie pomyślnie lub niepomyślnie. Dziś w zapaleniu płuc stosują upusty krwi miejscowe w celu usunięcia bólów, kłucia, których siedzibą nie jest płuco, lecz które mają całkiem inną przyczynę, a ogólne w celu usunięcia obrzęku płuc, który skutkiem osłabienia serca a w szczególności prawej komory i skutkiem tego przekrwienia w małem krążeniu zagraża życiu chorego. Lecz ostry obrzęk płuc, występujący wśród zapalenia płuc, powstaje skutkiem wytwarzania się skrzepów w prawej komorze, jest przeto objawem rozpoczynającej się agonii — a upustem krwi tych skrzepów nie usuniemy. Ja przynajmniej w swojej długoletniej praktyce nie widziałem z upustu krwi w obrzęku płuc, występującym skutkiem zapalenia płuc, skutkiem wad sercowych lub skutkiem mechanicznej zawady w krtani, w tchawicy i t. d. żadnego skutku.

Jeżeli upustem krwi mamy pracę prawej komory ułatwić, to powinien on być również wskazany we wszystkich chorobach, które utrudniają małe krążenie, więc w wysiękach opłucnowych a w szczególności w obustronnem nagromadzeniu płynu przesączynowego w jamach opłucnowych, szczególnie wtedy, jeżeli się do tego jeszcze wodna puchlina brzucha przyłącza, również w wadach sercowych układu żylnego lewego, w których zaostrzenie drugiego tonu w tętnicy płucnej jest cechującym znakiem utrudnienia małego krążenia. W pierwszych przypadkach nikt nie wykona upustu krwi, tylko uwolni wypuszczeniem płynu z jam opłucnowych płuco od ciążącego na nim ucisku. W drugich przypadkach zalecali wprawdzie niektórzy autorowie, szczególnie angielscy, upusty krwi wprost z tętnicy płucnej, lecz postępowanie to w samem założeniu jest błędne i równa się niemal takiemu, jak gdybym chciał komuś, który ma rozszerzeń naczyń włosowatych na nosie, usunąć je przystawieniem kilku pijawek lub baniek siekanych.

Prelegent wymieniając mnie jako przeciwnika upustów krwi szczególnie miejscowych przytacza jednak, że w dziele mojem o chorobach serca wydanem w r. 1879 w Krakowie zalecam stawianie pijawek w zapaleniu osierdzia. Ustęp ten nie wyszedł z pod mojego pióra i został bez mej wiedzy i woli tam wsunięty, co wywołało z mej strony protest, który dziś powtarzam.

Używam tylko ogólnych upustów krwi i to w napadzie uremicznym, w wynaczynieniach krwi pod błony mózgowe, którym towarzyszą drgawgi, i użyłem go raz u człowieka, który tonął lecz odratowany został a miał ostry obrzęk płuc.

Dzisiejsze nasze wiadomości fizyologiczne i patologiczne nie tłumaczą nam właściwego działania upustów krwi ogólnych ani miejscowych. zwłaszcza zaś tych, które mają na odległość działać, jak przystawianie baniek ciętych lub pijawek w zapaleniach błon surowiczych.

Jeżeli dziś lekarz używa w lada jakiej chorobie upustu krwi, o czyni to ze względów utylitarnych, które ze stanowiska etycznego rzecz biorąc nie powinny nigdy nim kierować. Tyczy się to jeszcze wielu innych zabiegów t. zw, leczniczych, lecz mniej szkodliwych.

Wiem, że odezwanie się moje pozostanie głosem wołającego na puszczy, bo tak samo, jak nie przestaną się ludzie pojedynkować, tak samo jak wojny zawsze będą, tak samo nie przestanie publiczność żądać upustów krwi. Smutnem jest tylko, że dzieje się to bezmyślnie pod płaszczem powagi dyplomu lekarskiego nie tyle z uwagi na korzyść dla chorego, ile z uwagi na korzyść własną. (Streszczenie własne).

Kol. Stachiewicz, któremu żaden pacyent na zapalenie płuc nie umarł a który przynajmniej w 95% u takich chorych przynajmniej pijawki stawiał, jest stanowczym zwolennikiem upustów krwi. Raz jeden tylko u morfinistki widział mówca ropienie wywołane pijawkami, a ograniczone do miejsc nakłucia, które rychło ustąpiło. Zna zaś kilka przypadków, gdzie upust krwi niemal cuda zdziałał, zwłaszcza zaś jeden, gdzie w porażeniu rozpoznano *ex consilio* obrzęk płuc i przepowiedziano zgon do kilku godzin a gdzie po dużym upuście krwi chory przyszedł do siebie. Chory ten po dziś dzień (4 lata) żyje, pełni swe obowiązki kupca, nie okazując innych zboczeń prócz porażenia połowiczego. Mówca zna też jeden przypadek, gdzie u panienki anemicznej w ostrym obrzęku płuc, który wystąpił z nieznanego mu powodu, zastosował upust krwi z dobrym skutkiem a gdzie w parę miesięcy przekonał się o ustąpieniu anemii, zdaniem mówcy dającem się odnieść do tegoż upustu krwi.

Kol. Ziembicki nie obawia się upustu krwi ze względu na siły chorego. Doświadczenie na krwotokach tyfusowych poucza, że krew mimo wysokiej gorączki odnawia się nader szybko. Mówca w sprawach zakaźnych krwi upustów nie uważa za wskazane i nie puszczałby krwi w *sepsis* ani *erysipelas*, ale w zapaleniach płuc bardzo chętnie to czyni. Również z dobrym wynikiem używa pijawek w zapaleniach stawów, gdzie idzie o zajęcie jednego tylko stawu sprawą zapalną.

Kol. Obtułowicz. Ile razy sztuka lekarska w jakiejś metodzie leczniczej chciała widzieć *panaceum*, tyle razy narażała swych adeptów na wielkie rozczarowania. Tak samo ma się rzecz z krwi upustami, którymi mówca nie gardzi. Z dobrym wynikiem stosuje mówca bańki siekane w bardzo bolesnych zapaleniach płuc i opłucnej a także w zapaleniach otrzewnej zwłaszcza ograniczonych n. p. koło kiszki ślepej. *Venaesectio* uważa za właściwą w rozpoczynających się obrzękach płuc i *uremii* połączonej z utratą przytomności.

Kol. Bylicki upatruje powód do upustu krwi w upodobaniu, jakie żywi dla nich publika. W ginekologii utrzymały się miejscowe upusty krwi, zwłaszcza w *metritis*, gdzie nacięcia części pochwowej, oswabadzając mięsień z nadmiaru krwi, wracają mu kurczliwość i usuwają sprawę zapalną.

Kol. Wiczkowski wyniósł ze studyów wstręt do upustów krwi i nie używa ich w zapaleniach płuc, gdzie je z korzyścią zastępuje zabiegami wodoleczniczymi. Nie sądzi jednak, by upodobanie publiki żadnych nie miało podstaw, miał też w zapaleniach otrzewnej zawsze skutek zdumiewający. Dalej używa mówca upustów krwi w uremii z dobrym skutkiem, a z wątpliwym w krwotokach oponowych, gdzie w ogóle jesteśmy bezradni.

Kol. Selcer. Ze statystyki szpitalnej wynika, że chorzy, którym w zapaleniu płuc przed przybyciem do szpitala stosowano upust krwi, dłużej tam przebywali niż ci, którym tego zabiegu nie stosowano. W jedenastu przypadkach, gdzie z powodu ostrego obrzęku płuc stosował mówca w oddziale Dra Widmana upust krwi, nie widział nigdy dobrego wyniku. Raz zaś po upuście krwi widział porażenie połowicze, które się utrzymywało przez dłuższy czas, aż do chwili kiedy mówca chorego stracił z oczu. Za to w przypadkach mocznicy widział kilkakrotnie dobry wynik. Widział ustępowanie bólu po przystawieniu pijawek w *typhlitis* i *perityphlitis* a raz nawet tam, gdzie ból był wywołany kamyczkami żółciowymi.

Kol. Szulisławski nie stosuje upustów krwi z poza ucha polecanych przez dawną szkołę okulistów. Widywał jednak dobry wynik po upustach krwi zastosowanych w pobliżu oka; mianowicie w przypadkach, gdzie atropina nie jest w stanie rozszerzyć źrenicy, po upuście krwi odzyskuje ona swe działanie.

Kol. Machek upustów krwi nie stosuje. Z praktyki znane przypadki nie zachęcają go do nich, w teoryi zaś wskazań nie widzi.

Kol. Podlewski sądzi, że ponieważ puszczenie krwi w małej ilości jest środkiem niewinnym, powinni go interniści wypróbować w błednicy, gdzie tak często są bezradnymi.

Kol. Festenburg dobrego wyniku z upustów krwi w zapaleniu otrzewny nie widział. Sam nawet miejscowych upustów krwi z macicy, które łatwo można czem innem zastąpić, nie stosuje. Zdaniem mówcy zwolennicy upustów krwi stoją na stanowisku utylitarnem.

Kol. Skałkowski widział w *glossitis acuta* znakomity wynik po przystawieniu pijawek wprost na język. Upust taki z organu chorego, zdaniem mówcy, zawsze dobrze działa a działa tylko mechanicznie.

Kol. Schramm ceni upusty krwi tam, gdzie może krew upuścić wprost z narządu chorego. Nie umie sobie jednak wytłómaczyć, jak mogą pomódz pijawki postawione podczas zapalenia stawu na skórę ten staw z wierzchu pokrywającą. Mówca dziwi się, że interniści nie zebrali dotąd statystyki, któraby mogła przyczynić się bardzo do wyjaśnienia sprawy, czy i jak krwi upusty na przykład działają w zapaleniu płuc.

Kol. Wehr. Gdzie idzie o zakażenie krwi, w ogóle o jakąś sprawę septyczną, tam upust krwi uważamy niemal za błąd. W ten sposób przynajmniej zapatrywałby się mówca, gdyby ktoś z powodu obrzęku gruczołów wywołanego przez ropienie jakie, zastosował na nie pijawki. Dziwi się przeto, że kilku poprzedników mówcy zachwalało upusty krwi w zapaleniach otrzewny, gdzie sprawa przecież z reguły bywa septyczna. Tam gdzie można krew upuścić wprost z narządu chorego a sprawa nie ma za tło *sepsis*, uważa mówca upust krwi za wskazany. Pojmuje też korzystne wyniki z baniek ciętych postawionych na okolicę lędźwiową w zapaleniu nerek, boć anatomia wykazała, że między unaczynieniem torebki nerkowej i skóry liczne istnieją anastomozy.

Kol. Pisek. W stosowaniu upustów krwi nie kierował się nigdy utylitaryzmem i może przytoczyć bardzo wiele przypadków, gdzie z powodu niechęci do upustów krwi tracił pacyentów. Nie dziwi się mówca oburzeniu kol. Widmana, gdy mu dostawiają na oddział pomasakrowanych niepotrzebnie chorych, nie sądzi jednak by ta okoliczność mogła odstraszać od racyonalnego stosowania krwi upustów; za takie zaś uważa stosowania ich w obrzęku płuc, w obustronnem zapaleniu płuc, gdy sprawa szerzy się gwałtownie, podczas objawów ciężkiego przekrwienia płuc a także w *typhlitis*, gdzie upust krwi niewątpliwie ból łagodzi.

Z powodu spóźnionej pory, nie wyczerpawszy porządku dziennego, skończono na tem posiedzenie.

Sekretarz: *Ukna.*

VI. ARGON.

Nowy pierwiastek z powietrza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Badaniem spektroskopijnem argonu zajął się na życzenie odkrywców W. Crookes; odbywa się ono, jak i innych ciał gazowych, w ten sposób, że się przepuszcza iskry prądów indukcyjnych przez gaz, znajdujący się pod zmniejszonem ciśnieniem, i obserwuje się spektroskopem powstające w ten sposób światło. Dla rozmaitych gazów są rozmaite ciśnienia, najodpowiedniejsze do wywołania widma; dla azotu wynosi ono 75 mm. rtęci, dla argonu 3 mm. i mniej. Za użyciem ciśnienia 3 mm. i słabego stosunkowo prądu, otrzymuje się widmo z przewagą linij czerwonych, zwane krótko widmem czerwonem, za użyciem ciśnienia mniejszego niż 1 mm., i mocnego prądu, otrzymuje się widmo o charakterze niebieskim. Argon daje zatem dwa widma, co skłoniło Crookesa do przypuszczenia, że jestto ciało nie jednolite, lecz mięszanina dwóch; ale że azot również daje dwa widma, stosownie do ciśnienia i mocy iskier elektrycznych, zatem to przypuszczenie niema wielkiego prawdopodobieństwa.

Argon mimo swej znacznej gęstości nie dał się skroplić w pracowni prof. Ramsaya, który używał w tym celu temperatury —90° i ciśnienia około 100 atmosfer; trzeba tedy było użyć temperatury niższej, którą jednak można uzyskać tylko w pracowni, już w tym celu urządzonej i zaopatrzonej w potrzebne przyrządy. Tego prof. Ramsay nie miał, więc zwrócił się z prośbą o wykonanie tych badań do profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, Dra K. Olszewskiego w Krakowie, i za jego zgodą przysłał mu około 300 cm³ argonu. Prof. Olszewski użył jako środka oziębiającego etylenu wrzącego pod zmniejszonem ciśnieniem, gdyż etylen wrzący pod ciśnieniem atmosferycznem (—103°) okazał się zamało zimnym. Te badania wydały jako rezultat określenie punktu krytycznego argonu, a mianowicie wynosi temperatura krytyczna —121°, a ciśnienie krytyczne 50·6 atm. W celu oznaczenia punktu wrzenia pod zwyczajnem ciśnieniem oraz punktu marznięcia, trzeba było użyć do oziębienia środka mocniej ziębiącego: był nim tlen skroplony. Płyn ten daje pod zwyczajnem ciśnieniem temperaturę —182·7°, zaś zmniejszając ciśnienie do 9 mm. rtęci, można dojść do temperatury —211·4°. Argon zawarty w rurce, zanurzonej w tlenie o temperaturze —182·7°, nie skraplał się zupełnie, lecz kiedy temperaturę tlenu zniżono przez zmniejszenie ciśnienia do —187°, wtedy argon zaczął się skraplać, a w —189·6° marzł na masę do lodu podobną. Kilkakrotne oznaczenia dały na temperaturę wrzenia argonu pod zwyczajnem ciśnieniem cyfrę —186·9°; argon tedy wrze o 4·2° niżej, niż tlen. Swojem zachowaniem się przy skraplaniu jest on najwięcej zbliżony do tlenu, gdyż ma ilości krytyczne: —121° i 50·6 atm., a punkt wrzenia —187°, gdy tlen ma —118·8° i 50·8 atm. oraz punkt wrzenia —182·7°. Różni się jednak wybitnie tem, że się z łatwością zestala; tlenu zaś dotąd nie udało się zmrozić. Wogóle jest on do skroplenia trudniejszy, niż tlen; jaki zaś ztąd wniosek można wysnuć, zaraz zobaczymy.

Jak wiadomo z kinetycznej teoryi gazów, składają się wszystkie gazy z niezmiernie małych cząstek, które, zebrane w grupy po dwie lub kilka, razem się z wielką chyżością naprzód poruszają. W tych grupach znów zachodzą ruchy wśróddrobinowe, które właśnie utrzymują owe drobne cząstki we wzajemnym związku grupowym. Całkowita ilość energii (K), zawartej w takim gazie, rozdziela się tedy na energię ruchu postępowego (H) tych grup i energię ruchu wśróddrobinowego. Stosunek energii całkowitej do energii ruchu postępowego można obliczyć na podstawie zbadania stosunku ciepła właściwego danego gazu przy stałem ciśnieniu, do ciepła właściwego przy stałej objętości. Dla argonu stosunek ten: $\frac{Cp}{Cv}$ wynosi $\frac{5}{3}$. Wstawiwszy te liczby do zrównania, podanego przez Clausiusa:

$$\frac{K}{H} = \frac{3(Cp - Cv)}{2Cv}$$

otrzymamy, że K = H, czyli słowami, że cała energia kinetyczna argonu jest zawarta w ruchu postępowym. Ztąd wniosek, że związków wśróddrobinowych niema i że drobina argonu składa się z jednego atomu. Lecz takim jednoatomowym gazem może być tylko pierwiastek, zatem argon jest pierwiastkiem. Drugi to dopiero, oprócz pary rtęci, jednoatomowy gaz: inne gazy mają drobiny, składające się co najmniej z dwóch atomów. Okoliczność ta tłómaczy, dlaczego argon skrapla się tak trudno: skraplanie bowiem nietylko zależy od gęstości, lecz i od skomplikowania drobiny; gaz zatem jednoatomowy musi *ceteris paribus* skraplać się trudniej, niż dwuatomowy. I na odwrót: z zachowania się argonu przy skraplaniu można było przypuszczać, że drobina jego jest

jednoatomową, co też prof. Olszewski rzeczywiście, zupełnie niezależnie od prof. Ramsaya, wywnioskował.

Pozostaje jeszcze wyszukać miejsce na argon w systemie peryodycznym Mendelejewa. Skoro argon ma tylko jeden atom w drobinie, to jego ciężar atomowy wynosi dwa razy tyle, co gęstość: to jest okrągło 40. Pierwiastek z takim ciężarem atomowym niema miejsca w peryodach Mendelejewowskich, gdyż niema w nich luki około tej liczby. Możnaby za Crookesem przypuścić, że jestto mieszanina 2 pierwiastków, w takim razie dałaby się ta trudność ominąć, przyjąwszy, że argon składa się z 7% gazu cięższego, o ciężarze atomowym 82 i gazu lżejszego, w ilości 93%, o ciężarze atomowym 37; na pierwiastki z takimi ciężarami atomowymi jest miejsce w systemie peryodycznym. Taka mięszanina miałaby gęstość około 20, coby się właśnie z gęstością argonu zgadzało. Lecz z drugiej strony, ten cięższy gaz skropliłby się z łatwością, o ileby nie był płynem lub ciałem stałem już w zwyczajnej temperaturze; w każdym razie dałby się odkryć przy skraplaniu, ta więc hipoteza musi upaść.

Że argon dotychczas nie dał żadnego połączenia, jest naturalnym skutkiem jego jednoatomowości; bo jeżeli uważać będziemy połączenie chemiczne dwóch pierwiastków za zastąpienie jednego z dwóch atomów w drobinie jakiegoś pierwiastka drugim, to u argonu brak właśnie tego jednego z dwóch atomów, bo jest tylko jeden. Ta też właśnie nieczynność, która mu i nazwisko zjednała, tłómaczy dostatecznie, dlaczego nie napotkaliśmy dotychczas argonu, jako składnika ciał złożonych. Wyłania się ztąd jeszcze jedna ciekawa kwestya, czy i jaka jest rola argonu w atmosferze. Trudno to dotąd przesądzać; lecz wobec nieczułości argonu na najsilniejsze nawet czynniki chemiczne wydaje się pewnem, że argon niema żadnego znaczenia ani biologicznego, ani fizyologicznego. *Tadeusz Estreicher.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Marca 1895 r.

— Na posiedzeniu w dniu 6. b. m. wybrani członkami czynnymi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego: prof. Dr. Henryk Hoyer, Dr. Teodor Bobosiewicz, Dr. Walenty Jeż i Dr. Roman Rencki.

— Nakładem księgarni A. Höldera w Wiedniu wyjdzie wielki *Handbuch der Laryngologie und Rhinologie*. W długim szeregu współpracowników tego dzieła znajdujemy profesorów Antoniego Jurasza w Heidelbergu i Przemysława Pieniążka w Krakowie.

— Wychodzące w Paryżu *Archives provinciales de Chirurgie* zamieściły w zeszycie z Marca r. b. w rzędzie mistrzów chirurgii współczesnej wizerunek prof. Alfreda Obalińskiego.

— Dr. Czesław Uhma we Lwowie, znany już Czytelnikom naszego pisma, wydał nakładem Wydziału krajowego treściwe pouczenie *O chorobach płciowych*, przeznaczone do rozdawania między chorych na cierpienia weneryczne, wychodzących ze szpitali krajowych. Rzecz napisana jasno, przystępnie i co z prawdziwą przyjemnością zapisać na tem miejscu wypada, bardzo poprawnym językiem, zasługuje na jak największe rozpowszechnienie.

— *Nowiny lekarskie* zastanawiając się *à propos* artykułów proff. Rydygiera i Cybulskiego nad dopuszczeniem kobiet do nauk lekarskich, oświadczają się z rozmaitemi zastrzeżeniami za dopuszczeniem i tak kończą swe uwagi: „Baczmy zatem, by córki nasze pod wpływem niezdrowej wyobraźni, podsyconej namową lub pochlebstwem nie szukały zajęcia ich uświęconej tradycyi, ich ustrojowi fizycznemu, ich władzom umysłowym nie odpowiadającego; gdy jednak mimo skromnego i religijnego wychowania domowego rozbudzi się u jednej lub drugiej tlejący „ogień święty", *le feu sacré* Francuzów do tego lub owego zawodu, natenczas przekonawszy się, że żaden cel uboczny go nie podsyca, ale zapał naukowy lub miłość bliźniego, że nie zarobkowanie jest celem głównym wyboru zawodu męzkiego, nie gaśmy tego ognia, lecz starajmy się ująć go w należytego wykształcenia uniwersyteckiego osłonę, by później ogrzewał i oświecał a nie palił i niszczył".

— Przy zakładzie hidropatycznym na Miedziusiu w Szczawnicy zaprowadza w nadchodzącym sezonie Dr. Kołaczkowski p e n s y o n a t z całym komfortem (wodociągami, oświetleniem elektrycznem i t. d.) na wzór zagraniczny, mianowicie szwajcarski z opłatą od 3 złr 50 ct. na dobę od osoby za wszystko.

— W Moskwie na placu przed kliniką uniwersytecką ma stanąć pomnik słynnego chirurga N. J. Pirogowa.

— W Hanau umarł dyrektor oddziału chirurgicznego tamtejszego szpitala, Dr. Middeldorpf skutkiem zażycia przez omyłkę trudną po pojęcia grama morfiny.

— Że nie tylko u nas ludzie nieoświeceni i niby oświeceni szukają pomocy lekarskiej u owczarzy, znachorów i t. p., świadczy okoliczność, że niejaki Ast, partacz lekarski w Radbruch w Hanowerskiem, miewał dziennie po 800 i więcej pacyentów!

— Rada petersburskiej Akademii wojenno-lekarskiej postanowiła na przyszłość dopuszczać do promocyi na doktora tylko tych lekarzy, którzy w niej a nie w uniwersytetach złożyli egzamina doktorskie. Istnieje nadto zamiar ograniczenia liczby lekarzy, którzy studya lekarskie pokończyli po uniwersytetach a egzamina na doktora chcą zdawać w Akademii. Przyczyną tego jest okoliczność, że gdy do Akademii zgłasza się bardzo dużo lekarzy (150 do 200 rocznie) celem zdawania egzaminów na doktora, po uniwersytetach w kraju zgłasza się ich rocznie zaledwie po 15 do 20.

— Surowicę przeciwbłoniczą Rouxa z instytutu Pasteurowskiego można nabyć także w laboratoryum Pasteurowskiem w Sztutgarcie (Canzleistrasse 22). Dawka wynosząca 10 cm.^{3} = 1500 do 2000 jednostkom antytoksyny kosztuje $4\frac{1}{2}$ marki i jest zawsze świeża. Do każdej porcyi dodana jest dokładna instrukcya użycia.

— Jak donoszą dzienniki włoskie, zmarły temi dniami w Livornie pedyatra Canini ofiarował cały swój majątek wynoszący 2,300.000 lirów na szpital, w którym zapadłe na błonicę dzieci mają być leczone bezpłatnie surowicą swoistą.

— Donoszą z osady Brdowa w gubernii kaliskiej, iż potrzebny tam jest lekarz, który może liczyć na odpowiednią praktykę. Bliższej wiadomości udzieli apteka we Brdowie przez Izbicę w gubernii kaliskiej.

— Skazana niedawno na karę śmierci przez sąd antwerpski za otrucie kilku osób niejaka Joniaux, wystarała się na proste kopie recept o 56 dawek 2 centygramowych morfiny i 7 dawek 4 centygramowych atropiny rozpuszczonej w 6 gramach wody.

— Studyując statystykę rozwodów i separacyj w wielu państwach europejskich przekonano się, iż rozwody i separacye statystycznie idą równolegle do liczby samobójstw. Występuje to szczególniej w statystyce francuskiej, z której pokazuje się, iż w miastach wielkich więcej bywa samobójstw niż po wsiach i tam też bywa więcej rozwodów i separacyj. Linie krzywe, z których jedna przedstawia liczbę rozwodów i separacyj, druga zaś liczbę samobójstw w tymże samym czasie, biegną prawie całkiem równolegle do siebie.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 10-tym. E. F l a t a u: O właściwem zastosowaniu sublimatowej metody Golgiego przy badaniu moczu dorosłego człowieka. A. M a j e w s k i. Wodniak niewieści (*hydrocele muliebris*) (c. d.). H. H i g i e r: O halucynacyach jednostronnych. Przyczynek do terapii i patogenezy złudzeń zmysłowych (c. d.) W *Kronice lekarskiej* Zeszycie z Lutego. J. S ę d z i a k: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych. W. Ż u r a k o w s k i: Przypadek pierwotnego raka języczka. E. B r e g m a n: Obecny stan rzeczy o wiądzie rdzenia. W *Medycynie* Nrze 10-tym. J. G r u n d z a c h: O bezwładzie żołądka i kiszek (*gastroplegia v. gastroenteroplegia*), zwłaszcza po laparotomii (dok.) A. W i n a w e r: Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy (c. d.). W *Nowinach lekarskich* Zeszycie z Marca. E. P i o t r o w s k i: Przyczynek do zmian barwikowych przyjądrza. J. W i c z k o w s k i: O znaczeniu ciałek eozynowych w krwi, plwocinach i moczu. A. J a r u n t o w s k i: Przypadek przebicia kawerny gruźliczej przez ściany klatki piersiowej aż pod skórę z wykazem sekcyjnym.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20-go Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Ludomił Korczyński przedstawi chorego z kliniki lekarskiej; poczem mówić będą: 1) kol. doc. Sroczyński: *O przepisywaniu szkieł w anizometropii* (w różnicy refrakcyi ócz) z demonstracyą; 2) kol. prof. Jakubowski: *Sprawozdanie z doświadczeń przeprowadzonych surowicą leczniczą w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie;* 3) kol. Gabryszewski: *W sprawie leczenia wrzodów goleniowych* (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 23. Marca 1895 r. Nr. 12.

Redakcya: [illegible] Telefonu Nr. [illegible]

Administracya: [illegible]

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible] rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam [illegible] rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130. Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer [illegible] kosztuje [illegible] centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowy sposób opatrywania złamań obojczyka.

Podał

Dr. Leon Kryński,

I. asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 6. Marca 1895).

Znanem i niepozbawionem słuszności jest to nieco paradoksalne napozór twierdzenie, że im więcej istnieje metod leczniczych w jakiejś sprawie chorobowej, tem mniejszą bywa wartość każdej z nich, tem dalszem pomyślne rozwiązanie całego zadania leczniczego. Jeżeli gdzie, to ze znacznym stopniem słuszności da się to zastosować do sprawy leczenia złamań obojczyka. Liczba metod ustalania złamanych końców kości, sposobów zakładania opatrunków, przyrządów i maszyn liczy się na dziesiątki. Rzecz prosta ogromna większość wszystkich tych sposobów dawno złożona została do archiwum chirurgii i dziś stanowi już tylko wspomnienie historyczne. Z całego tego arsenału dziś pozostało jeszcze w użyciu zaledwo kilka metod, którym poświęcimy poniżej słów parę. Przedtem zastanowimy się w krótkości nad mechanizmem złamania kości obojczykowej i następstwami, które ten stan chorobowy wywołuje.

Skutkiem tej lub innej przyczyny, a do najczęstszych należy uderzenie lub upadnięcie na brzeg barku, rzadziej na łokieć lub rękę wyprostowanej kończyny, powstałe złamanie obojczyka w ogromnej większości przypadków przedstawia typowy obraz objawów chorobowych. Najzwyklejszym miejscem złamania jest środkowa $^1/_3$ część obojczyka i jej zewnętrzna granica na przejściu w część $^1/_3$ zewnętrzną, co jest następstwem stosunków anatomicznych tej kości. Pomijając złamania niezupełne lub podokostnowe i szereg rzadkich postaci złamań, zastanowimy się chwilę nad typem złamań obojczyka, jaki stanowi niewątpliwie złamanie w części środkowej lub na granicy części środkowej i zewnętrznej.

Linia pęknięcia kości rzadko kiedy bywa prostopadła do jej osi; najczęściej przebiega ona ukośnie i to zwykle w kierunku od góry, tyłu i wewnątrz ku dołowi, przodowi i zewnątrz. Taki kierunek linii złamania w połączeniu z pewnymi stosunkami miejscowymi jest przyczyną pewnego charakterystycznego ułożenia odłamków kości, a wskutek uszkodzenia kostnego pierścienia barkowego następuje jednocześnie i zmiana w ułożeniu barku i całego ramienia. Bark, pozbawiony podpory ze strony obojczyka, utrzymującej go nietylko na pewnej wysokości, lecz i w pewnem oddaleniu od klatki piersiowej, ulega własnemu ciężarowi i pod pływem tej siły opuszcza się n a d ó ł, zataczając jednocześnie mały łuk ku p r z o d o w i i ś r o d k o w i. Ztąd wtęc powstaje charakterystyczne ułożenie barku i kończyny po złamaniu obojczyka: o b n i ż e n i e, z w r ó c e n i e na wewnątrz i zbliżenie ku linii środkowej ciała; ztąd też łatwo zrozumieć zmianę w położeniu względem siebie odłamków kości *(dislocatio)*, z których zewnętrzny pociągany przez bark opuszcza się ku dołowi, wewnętrzny zaś pozostaje w miejscu lub nawet unosi się nieco ku górze pod pływem działania mięśnia obojczykosutkowego.

W ten sposób powstaje przemieszczenie odłamków osiowe, boczne i w długości *(dislocatio ad axim, ad latus, ad longitudinem)*, brzegi zaś odłamków tworzą zazwyczaj kąt, otwarty ku dołowi i zwrócony wierzchołkiem ku górze i tyłowi.

Te stosunki i zachodzące w nich wskutek złamania zmiany należy zawsze mieć na względzie, chcąc ocenić działanie i wartość założonego przyrządu czy opatrunku. Podobnie jak we wszystkich złamaniach kości, i tu zadaniem leczenia jest odprowadzenie przemieszczonych odłamków na miejsce i utrzymanie ich w tej pozycyi. Ponieważ ustalenie

to przez działanie bezpośrednie, jak to bywa na kończynach, jest tu niemożliwe, należy osiągnąć je przez odpowiednie ustawienie barku i całego pierścienia barkowego. Trzeba więc znieść patologiczne położenie barku i utrzymać go w prawidłowej pozycyi; a zatem opatrunek na złamanie obojczyka musi działać w kierunku wprost odwrotnym do obranego przez bark t. j. powinien bark a wraz z nim i całą kończynę górną 1) unosić ku górze, 2) odciągać ku tyłowi i 3) zwracać na zewnątrz. To są trzy zasadnicze warunki, które wypełniać musi każdy opatrunek, mający odpowiadać celowi; do tego dodać możemy czwarty, bardzo pożądany: ustalenie miejscowe odłamków przez działanie na miejsce złamania.

Miarą więc wartości każdego z podanych do leczenia złamań obojczyka opatrunków jest ile możności jak najściślejsze wypełnienie tych zasadniczych wymagań. Zobaczymy, jak się przedstawi wartość najbardziej używanych obecnie opatrunków przy zastosowaniu do nich tylko co podanej skali.

Jeżeli odrzucimy całą kolekcyę archeologiczną przyrządów, to pozostanie kilka opatrunków, dziś jeszcze będących w użyciu i wykładanych na kursach opatrunkowych. Z pomiędzy nich, opatrunkom Desaulta i Velpeau nikt dziś już chyba nie przypisuje działania ustalającego w złamaniu obojczyka; pod tym względem, z wyjątkiem może niejakiego unoszenia ramienia ku górze, nie odpowiadają one dokładnie ani jednemu z tych zasadniczych wskazań. Oprócz tego mają one tę wielką wadę, że punktem oparcia do ustalenia złamanego obojczyka służy dla nich ruchoma klatka piersiowa; albo więc, chcąc ustalić jako tako, trzeba opasywać bardzo mocno klatkę piersiową, co utrudnia oddechanie, albo nie chcąc uciskać klatki piersiowej, z góry zrzec się jakiegokolwiek ustalenia obojczyka, tembardziej, że i tak chory rozluźni sobie opatrunek, zbyt uciskający piersi. Nadto po opatrunku Desaulta, wskutek ucisku na splot barkowy poduszki włożonej pod pachę, spostrzegano już niejednokrotnie różne zaburzenia nerwowe w kończynie. Dziś obydwa te opatrunki mogą mieć zastosowania tylko chyba po odprowadzeniu zwichnięcia główki ramienia lub w złamaniach kości ramiennej.

Wspólną z nim wadę ustalania przez przymocowanie do klatki piersiowej ma jeden z najbardziej obecnie używanych, opatrunek Sayrea, złożony z trzech opasek przylepcowych. Co do wartości leczniczej, stoi on wyżej, odznaczając się przedewszystkiem prostotą i taniością. Pierwsza z tych trzech opasek, obejmująca w połowie kość ramienną i przechodząca poprzez plecy na przednią powierzchnię klatki piersiowej, ma odciągać ramię w tył, druga, idąca przez łokieć chorej strony poprzecznie na bark zdrowej, podnosić chory bark, wreszcie trzecia opaska służy za mitellę i jednocześnie uciska na miejsce złamania obojczyka. Działanie pierwszej z nich nie jest wystarczające: jedna opaska przylepcowa założona w ten sposób nie jest w stanie działać dokładnie w dwóch kierunkach: odciągać bark w tył i rotować całe ramię na zewnątrz, mając za cały punkt oparcia łatwo przesuwalną skórę na ruchomej klatce piersiowej. Wszystkie zaś razem opaski wywierają znaczny i dla chorych częstokroć nieznośny ucisk skóry i piersi tak, że u osób wrażliwych wywołują wypryski, u kobiet zaś karmiących wprost nie dadzą się zastosować. Nadto przylepiec, szczególnie w porze letniej podczas upałów, nie trzyma dobrze i obsuwa się, trzeba więc założyć na wierzch jeszcze jeden opatrunek, przykrywający go, jak naprzykład zwykle opatrunek Desaulta.

Gdyby przynajmniej opatrunek Sayrea, jakkolwiek połączony z tyłu stronami niekorzystnemi, utrzymywał trwale nadane położenie. Tymczasem przeciwnie: pomijając już rozluźnienie zależne od ciągłych ruchów klatki piersiowej, opatrunek ten należałoby zakładać na nowo dla każdej odmiennej pozycyi ciała, gdyż założony w pozycyi siedzącej lub stojącej chorego zwalnia się i rozluźnia w położeniu leżącem. Że wartość działania opatrunku przylepcowego wiele pozostawia do życzenia, przekonywa o tem praktyka. Opatrunek ten dzięki swej prostocie i taniości wszedł dość powszechnie w użycie. Używamy go też od dłuższego czasu stale i w klinice chirurgicznej, gdzie rocznie miewamy w ambulatoryum licząc średnio, koło 10 przypadków złamań obojczyka. Stósuje się go we wszystkich tych przypadkach z dodaniem nadko opatrunku Desaulta i pomimo zakładania nadzwyczaj dokładnego, nie widziałem w ciągu ostatnich pięciu lat ani jednego przypadku z pomiędzy tych, gdzie istniało nieco wybitniejsze przemieszczenie odłamków, wyleczonego zupełnie pomyślnie t. j. tak, aby kość zrosła się równo i gładko.

Już lepiej pomyślany i bardziej odpowiadający celowi, przynajmniej teoretycznie, jest opatrunek Moorea, złożony z długiej opaski płóciennej, która obejmuje ósemkowato łokieć po stronie chorej, dalej odciąga bark w tył i krzyżując się na plecach, związuje się na ramieniu zdrowem; lecz i tu nie wszystkie wskazania są jednakowo dobrze wypełnione. Zresztą opatrunku tego nie widziałem w działaniu i nie stósowałem nigdy w celu leczniczym, doświadczenia przeto w tym względzie własnego nie mam. Za szczęśliwą uważałbym myśli Büngnera zastosowania do leczenia złamań obojczyka opasek elastycznych. Z nich robi on przyrząd, składający się z paska zapinanego, do którego przyszyte są trzy długie opaski, ustawione względem siebie pod kątem. Pasek zakłada się naokoło barku i pachy strony zdrowej, z trzech zaś opasek elastycznych jedna odciąga bark w tył, druga unosi go, trzecia służy za mitellę i jednocześnie przyczynia się do uciskania na miejsce złamania obojczyka. Nie wchodząc w bliższe szczegóły działania tego opatrunku, zwrócić muszę uwagę na jedną jego ważną stronę niekorzystną, rzucającą się w oczy, a mianowicie, iż stanowi on przyrząd specyalny, który należy zawsze mieć w zapasie w kilku wielkościach lub zamawiać za każdym razem u bandażysty, co dla lekarza praktycznego jest prawie niemożliwie.

Wobec tego wszystkiego, pomimo długiego szeregu podanych przyrządów i opatrunków, pomimo zapewnienia Alberta, że pod tym względem *gibt es keine Lorbeeren mehr*, pozwolę sobie podać nowy opatrunek na złamanie obojczyka, który teoretycznie zbliża się do tego ideału działalności dobrego opatrunku a odznaczając się wielką łatwością zastósowania i taniością, być może okaże się pożytecznym i w praktyce.

Cały ten opatrunek składa się ze zwyczajnej opaski elastycznej, jakiej obecnie używamy zwykle, jako węża Esmarcha, długości $1^1/_2-2^1/_2$ metrów, stósownie do wzrostu i tuszy chorego. Opaskę tę, po odprowadzeniu odłamków i ustaleniu ich w tem położeniu przez pomocnika, rozpoczy-

namy od wierzchołka zdrowego barku, dalej przez plecy prowadzimy po pod chorą pachą na chory bark, ztąd znów przez plecy, krzyżując się z poprzednią, po pod zdrową pachą wchodzimy na zdrowy bark, skąd rozpoczęliśmy opasywanie (rodzaj *stella dorsi* fig. I). To stanowi pierwszy

Fig. I.



zwój (*toure*), mający na celu odciągnięcie ku tyłowi barku a wraz z nim i zewnętrznego odłamka obojczyka. Jednocześnie opaska ta, idąc od chorej pachy przez bark ku zdrowej pasze, uciska na miejsce złamania, przez co utrudnia rozejście się odłamków. Ten sposób odciągania barku ku tyłowi przez działanie na jego wierzchołek uważam za wiele pewniejszy niż odciąganie opaską, przymocowaną w połowie długości ramienia, jako to jest w opatrunku S a y r e a. Z miejsca, gdzie zakończyliśmy pierwszą turę t. j. od wierzchołka barku zdrowego rozpoczynamy d r u g ą, która biegnie ukośnie przez plecy ku połowie ramienia, okrąża to miejsce i obszedłszy jego powierzchnię przednią, zewnętrzną i tylną, wraca na plecy, gdzie kieruje się popod pachę zdrową, ztąd zaś powraca znów na wierzchołek barku zdrowego (fig. II). Pod obie pachy u osób wrażliwych może podłożyć warstwę waty.

Zadaniem tej drugiej tury jest zwrócenie ramienia i barku n a z e w n ą t r z; nadto działa ona pomocniczo dla tury pierwszej t. j. wzmaga jej działanie — odciąganie barku w tył, nadzwyczaj ważne dla zniesienia przemieszczenia i ustalenia odłamków. Czynność obydwóch tych zwojów w opatrunku S a y r e a ma wypełniać jedna tylko pierwsza opaska przylepcowa, z porównania więc sprawności w tym kierunku obydwóch tych opatrunków tem wyraźniej występuje niedostateczność działania opaski przylepcowej S a y r e a.

Pozostaje wypełnienie trzeciego wskazania — podniesienie barku, co da się zrobić tylko przez unoszenie łokcia ku górze. W ten sposób działa większość opatrunków, tylko sposób wykonania jest różny. Mojem zdaniem uniesienie ramienia da się uskutecznić dobrze wtedy tylko, jeżeli siła unoszenia działać będzie na łokieć w kierunku, o ile można, jak najbardziej prostopadłym od dołu ku górze. Tej jednak

Fig. II.



okoliczności zwykle nie uwzględnia się w podanych opatrunkach. U S a y r e a, naprzykład, podobnie jak i u B ü n g n e r a unoszenie uskutecznia się zapomocą opaski, przebiegającej ukośnie od łokcia do wierzchołka barku zdrowego, który służy za punkt oporu. W ten sposób znaczna część siły traci się na przyciąganie ramienia do tułowia zamiast iść na pociąganie ku górze. Dlatego też ja t r z e c i ą t u r ę, mającą to zadanie, rozpoczynam znów od zdrowego barku, idę poprzecznie przez kark na chory bark, ztąd wzdłuż przedniej powierzchni ramienia na dół, obchodzę ósemkowato staw łokciowy i wreszcie ztamtąd przez plecy podnoszę się ku zdrowej pasze i na bark zdrowy (fig. III). Tura ta, przechodząc na barku chorym znów przez miejsce złamania obojczyka, powtórnie przyczynia się do ustalenia odłamków kości.

Na tem kończy się opatrunek; można jeszcze dla podtrzymania dłoni po stronie chorej dodać małą mitellę ze zwykłej opaski miękkiej, obchodzącej naokoło szyi. Założenie opatrunku, jak widzimy, bardzo proste i łatwe, materyału potrzebnego dość można zawsze dostać, zresztą każdy lekarz na prowincyi musi mieć opaskę Esmarcha, bez której nie rusza się, wezwany do przypadku jakiegokolwiek uszkodzenia.

Co się zaś tyczy sprawności tego opatrunku, to wypełnia on wszystkie te zasadnicze wskazania lecznicze tak dokładnie, jak chyba żaden z używanych obecnie opatrun-

ków na złamanie obojczyka (fig. IV). Za zaletę jego poczytywać należy i to, że można go zakładać nie koniecznie na gołe ciało, lecz zarówno dobrze na koszulę lub trykot a po jakimś czasie, po upływie mniej więcej 10 dni, można zakładać go na ubranie zewnętrzne, zdejmując nawet na noc jeżeli *callus* wytworzył się o tyle, że już nie potrzeba obawiać się przesunięcia odłamków. Jestto znaczna ulga dla chorych, którzy w obecnych opatrunkach skrępowani na kilka tygodni, są kalekami, niezdolnemi nawet do ubierania się. Nasuwa się tu jeden zarzut, dotyczący jednak tylko strony technicznej założenia opatrunku: czy ucisk, wywierany opaską elastyczną nie jest dla chorego zbyt przykry, bolesny a nawet niebezpieczny przez wywołanie groźnych zaburzeń w krążeniu. Zarzut ten w zasadzie zupełnie słuszny, z równą jednak słusznością może być stosowany do wszystkich opatrunków opaskowych, na odparcie zaś jego, jedna jest odpowiedź, iż trzeba zakładać opaskę dobrze, t. j. nie za mocno i nie za słabo. Pod tym względem opatrunek z opasek elastycznych ma tę wielką zaletę, że założony nawet lekko, o tyle tylko, aby opaski pozostawały w lekkiem zupełnie napięciu, będzie działał wyciągająco ciągle, bez przerwy, nawet niezależnie od zmiany położenia chorego. Przeciwnie zaś inne opaski nieelastyczne, przedewszystkiem zaś te zasadniczo wadliwe, które przytwierdzają się do klatki piersiowej, albo, ażeby jako tako ustalać odłamki, muszą być założone bardzo mocno, a wtedy są naprawdę nie do zniesienia dla chorego, albo założone są lżej, nie krępują ruchów oddechowych i nie odgniatają skóry, a wtedy ich działanie ustalające jest złudzeniem, jak to widzimy we wszystkich obecnie używanych opatrunkach.

Fig. III.



Rzecz prosta, wydać sąd stanowczy o wartości każdego nowego opatrunku można dopiero po dokładnem wypróbowaniu go na szeregu przypadków chorobowych, czego ja nie miałem jeszcze możności uczynić; sądzę jednak, że opatrunek, podany przezemnie, teoretycznie obmyślany zupełnie prawidłowo i wypełniający każde z wskazań leczniczych dokładniej, niż którykolwiek z używanych obecnie, nadto odznaczający się wielką łatwością w zastosowaniu, zasługuje na podanie do wypróbowania szerszemu kołu lekarzy.

Fig. IV.



II. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy (*trachoma*).

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Jako korzyści tego sposobu postępowania, podaje Sattler: po pierwsze, znakomite skrócenie czasu leczenia; powtóre, zapobieganie nawrotom; po trzecie, nader widoczny korzystny wpływ na istniejące równocześnie sprawy w rogówce; po czwarte, brak jakiegokolwiek szkodliwego działania na ustawienie powiek a wreszcie po piąte, że operacya ta usuwa tylko produkta jaglicze, oszczędzając resztę spojówki, w czem niezaprzeczoną ma wyższość nad poprzednią. Przewyższa ją także, według Sattlera, zakresem wskazań, gdyż począwszy od najlżejszych przypadków, gdzie cierpienie stanowi tylko ziarn kilkanaście, aż do najcięższych nawet w okresie zbliznowacenia, jeśli tylko ziarna są, można ją z pożytkiem stosować.

Po raz pierwszy widziałem tę operacyę wykonaną w klinice prof. Fuchsa i z kilkunastu przypadków tam obser-

wowanych mogłem nabrać przekonania, że podania Sattlera nie są bynajmniej przesadzone. Przemilczeć atoli nie mogę, co zresztą łatwo wyobrazić sobie można, że postępowanie to jest nader żmudne, wyszukiwanie ziarn, przy mniej lub więcej obfitem krwawieniu i łyżeczkowanie każdego ziarna z osobna, nadzwyczaj nużące, operacya dość długo się przeciąga a po ukończeniu jej nigdy właściwie nie możemy być pewni, czyśmy wszystko usunęli. Naturalnie, że nie ma tych niedogodności w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z naciekiem jagliczym spojówki, gdyż tu wystarczy kilka szerszych nieco nacięć, poczem masy treści ziarninowej rozpadłej i w znacznej części tłuszczowo przeobrażonej ustępują już pod wpływem lekkiego ucisku z łatwością tak, że często użycie łyżeczki staje się zbytecznem.

O ile skomplikowanym jest dopiero co opisany sposób mechanicznego usuwania ziarn jagliczych, o tyle prostem i łatwem w zastosowaniu jest ich wygniatanie. Pierwszym, któremu należy się zasługa podniesienia tej myśli, jest Mandelstamm[18]). Atoli dopiero Hotz, wystąpieniem swojem wywołał nieco większe zajęcie się tą metodą i powszechną skierował na nią uwagę. Następnie gorąco ją poleca Wicherkiewicz, Noyes, Jaesche, Knapp i wielu innych. Pierwowzorem tego postępowania jest najprostsze wygniatanie za pomocą paznogci wielkich palców. Po kilkakrotnem zapuszczeniu 5% rozczynu kokainy i obmyciu spojówki sublimatem 1:5000, polecamy choremu patrzeć mocno ku dołowi, następnie w zwykły sposób odwijamy powiekę górną, starając się przedewszystkiem o to, aby załamek odsłonić dokładnie i w całej jego rozciągłości. Następnie utrzymując w tem położeniu powiekę i załamek przez ucisk, jaki wykonywamy palcem lewej ręki, wprowadzamy prawy kciuk głęboko pod załamek, ile możności jak najwyżej i zwróciwszy teraz powierzchnie obu paznogci ku sobie, uciskamy wedle potrzeby, mniej lub więcej mocno, posuwając się równocześnie ku dołowi. Pod tym naciskiem nadzwyczaj łatwo pęka osłonka ziarn a treść ich wydobywa się obficie na zewnątrz. Czynność tę powtarzamy kilkakrotnie, starając się poddać uciskowi wszystkie miejsca dla paznogci dostępne. Trudniej nieco a raczej nieporęczniej wygniatać w ten sposób ziarna na spojówce powieki dolnej, jednak przy jakiej takiej wprawie da się to zrobić zupełnie dobrze. Jeśli zgrubiały załamek ułożył się w kilka podłużnych fałdów, chwytamy je z osobna, wygniatamy a następnie układamy palec prawej ręki na skórze powieki, lewym zaś od góry ugniatając spojówkę, postępujemy jak na górnej powiece. Naturalnie, że miejsca dla paznogci niedostępne jak kąciki (zwłaszcza zewnętrzny) i fałd półksiężycowy pozostają nietknięte, atoli tkwiące tam ziarna wygniatamy albo za pomocą szczypczyków rzęsowych, które każdy ma pod ręką, lub też jak to Hotz robił, za pomocą mocniejszych i większych nieco szczypczyków tęczówkowych o szerokiem wygięciu i prążkowanych ramionach, bardzo także przydatnch do wygniatania ziarn na dolnej powiece. Zresztą pozostawienie tu i owdzie ziarna, nie jest jeszcze żadnem nieszczęściem, gdyż, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, po usunięciu znacznej ilości jagiełek, pozostałe ulegają pod wpływem następowego leczenia, bardzo łatwo wessaniu i znikają. Ponieważ dla wielu zwolenników wygniatania ziarn jaglicowych, sposób wyżej podany, wydawał się „za mało chirurgicznym“, zrodziło się więc wiele narzędzi ułatwiających ten zabieg. Noyes używa szczypczyków z dwiema płytkami wąskiemi stojącemi prostopadle na końcach ramion, któremi chwyta spojówkę i wygniata. Himly w tym samym celu zbudował szczypczyki okienkowe, które również celowi odpowiadają a które gorąco zaleca Jaesche[19]). Tenże nie ogranicza się do samego wyciśnięcia ziarn, lecz radzi, w razie znaczniejszego przerostu i sfałdowania załamków, wycinać najwięcej wybujałe fałdy nożyczkami. Najwięcej jednak i zasłużonego rozgłosu zyskały sobie szczypczyki walcowe Knappa[20]) *(Rollzange)*. Obydwa ich ramiona rozdzielają się w kształcie podkowy, której podstawę tworzy stalowy walec, osadzony na sztyfcikach w ramionach bocznych tak, że całość wygląda jak strzemię. Jeśli ten przyrząd jest dokładnie wykonany, powinny walce obracać się lekko i gładko przy posuwaniu ich na podstawie. Długość walca wynosi 20—25 mm., grubość jego 1—1½ mm. Użycie przyrządu jest nader proste. Po odwinięciu powieki i załamka za pomocą zwykłych szczypczyków, wprowadza się jedno ramię pod załamek, drugie układa się na wywiniętą część spojówki chrząstkowej, następnie ściska się ramiona szczypczyków i pociąga ku przodowi, przyczem walce w ruch wprawione miażdżą ziarna a treść ich na zewnątrz się wydziela. Podobnie postępuje się na powiece dolnej. Szczypczyki te mają tę szczególnie wyższość ponad innymi tego rodzaju przyrządami, że łagodniej się obchodzą z tkanką, która się w ich ramiona dostała i nie strzępią jej niepotrzebnie. Mimo, że użycie tego przyrządu jest i łatwe i dość wygodne, nie posługuję się nim obecnie, lecz za przykładem prof. Wicherkiewicza wygniatam ziarna paznogciami, po pierwsze dlatego, że ten sposób jest jeszcze prostszym i łatwiejszym w wykonaniu, powtóre, że przy pewnej wprawie czynność wygniatania da się zrobić z równą dokładnością, po trzecie, że oszczędzam pacyentowi widoku instrumentu, którego niemal każdy z nich się boi; wzgląd, którego także lekceważyć nie można, gdyż zdarzało się niejednokrotnie, że chory na widok instrumentu, mimo przedstawień, zrzekał się korzyści operacyi i wcale jej wykonać nie pozwolił.

Bez względu na to, czy posługujemy się do wygniatania paznogciami, czy jakiemkolwiekbądź narzędziem, zawsze operacya ta jest nadzwyczaj bolesną, nawet po bardzo energicznem poprzedniem wkraplaniu kokainy. Dlatego też korzystnem jest w ciężkich przypadkach, jeśli to możliwe, użyć narkozy chloroformowej, zwłaszcza u osób nerwowych i bardzo wrażliwych, albo, co jeszcze lepiej, narkozy bromkiem etylu, o ile, że krótkie jej trwanie często zupełnie wystarczy do dokładnego wykonania operacyi. Przyznać jednak muszę, że bardzo rzadko znajdowaliśmy się w położeniu użycia tego środka.

Bolesność połączona z tym rękoczynem, n. b. krótko, bo kilka minut tylko trwająca, jest, być może jedyną niekorzystną stroną tego sposobu postępowania; sowicie zaś wynagradza ją natychmiastowa niemal poprawa, którą każdy pacyent doskonale odczuwa.

Krwawienie podczas i po operacyi bywa zazwyczaj stosunkowo nieznacznem, korzystnem jest atoli podtrzymywać

[18]) Archiv. Graefe 1883.

[19]) Arch. f. Ah. Knapp. XXIV. 1891.
[20]) Arch. f. Ah. Knapp. XXV. 1892.

je przez kilka minut. Następnie należy opłukać pole operacyjne sublimatem 1:1000 lub też, co lepsze, oczyścić je pęczkiem waty zmaczanym w takimże roztworze sublimatu. Po półgodzinnym odpoczynku może pacyent, bez obcej pomocy, odejść do domu. Nawet w bardzo ciężkich przypadkach (rozumie się bez głębokich wrzodów rogówkowych), gdzieśmy byli zmuszeni wykonać z całą bezwzględnością ten proceder, nie było bezwarunkowej konieczności do leczenia klinicznego. W domu polecamy choremu przemywać oczy często lekkim roztworem sublimatu (1:5000) i stosować okłady lodowe dopóty, dopóki mu sprawiają ulgę i przyjemność. Odczyn pooperacyjny bywa zazwyczaj, w stosunku do zabiegu, bardzo nieznaczny, w wyjątkowych tylko i rzadkich przypadkach spotykamy się z większem obrzmieniem powiek i zaczerwienieniem, czasem podbiegnięciem krwawem, co atoli rychło mija pod zimnymi okładami i zmywaniami. Prawdziwie białym krukiem jest wystąpienie światłowstrętu i łzawienia. Obrzmienie powiek dopóty zwykło się utrzymawać, dopóki ranna powierzchnia pokrywa się z dnia na dzień szarawym, błonkowatym nalotem, po którego usunięciu następuje lekkie krwawienie. Trwa to nie dłużej jak dni kilka. W tym czasie ograniczamy się do lekkiego zmywania spojówek wacikiem zwilżonym sublimatem 1:1000, lub jeśli to choremu dotkliwe sprawia pieczenie, używamy w tym celu sublimatu 1:5000 lub nawet 1:10000.

Zanim przejdziemy do opisu dalszego leczenia, wspomnimy już w tem miejscu krótko, że jakiekolwiek powikłania ze strony rogówki nie stanowią bynajmniej przeciwwskazania do tego rękoczynu, lecz owszem, czynią go tem pożądańszym. Wyjątek stanowią głębokie wrzody rogówkowe, grożące przebiciem.

Skorośmy już w ten sposób pozbyli się wszystkich powierzchownie ułożonych (a więc widocznych) ziarn i nacieków a oko uspokoiło się po zabiegu operacyjnym, nie uważamy jeszcze sprawy za skończoną, lecz staramy się przerost spojówki istniejący w znacznie przeważającej liczbie przypadków a zawsze nieżyt jej usunąć, równocześnie zaś w przypadkach, gdzie choroba głębokie zapuściła korzenie, skutecznie zadziałać na przyspieszenie wessania ziarn i nacieków, w warstwie podspojówkowej i chrząstce a więc niewidocznych i bezpośredniemu leczeniu niedostępnych. Najłatwiej, według naszego mniemania, zadość uczynić tym wszystkim wskazaniom przez wycieranie (masowanie) spojówek za pomocą wacika zwilżonego sublimatem. W ostatnich kilku latach znalazło postępowanie to wielu zwolenników a pochwały oddawane mu, okazują się w użyciu jako zupełnie uzasadnione. Hippel[21]) przypisujący słusznie prawo autorstwa tej metody braciom Keiningom, stosował ją w 3000 przypadkach i osięgnął bardzo dobre wyniki. Używa sublimatu 1:2000. W znacznej liczbie przypadków nakłuwał nadto i wyciskał ziarna. Bock[22]) zwraca uwagę szczególniej na skuteczność tego środka w przypadkach powikłanych z cierpieniami rogówki, zwłaszcza tam, gdzie azotan srebrowy i siarkan miedziowy okazał się bezsilnym. Stosuje on wedle potrzeby roztwory 1:5000, 1:1000, 1:500. Cranisseau[23]) opisując epidemię jaglicy w armii rumuńskiej, podaje jako najskuteczniejszy sposób leczenia, *massage* wacikiem sublimatowym (to jest zmaczanym w sublimacie), w połączeniu z poprzedniem wypalaniem ziarn za pomocą galwanokauteru. Marczel Falta[24]) sporządził nawet osobny przyrząd, aby sobie ułatwić trzymanie wacika i módz wygodnie wycierać wszelkie zaułki worka spojówkowego. Są to zwyczajne szczypczyki zasuwkowe, których ramiona rozszerzają się na końcach talerzykowato. W jednem z nich wycięty jest owalny otwór, przez który wacik chwycony między talerzyki, wypukła się na zewnątrz.

(Dokończenie nastąpi).

[21]) Jahresbericht prof. Michel. Tübingen 1892.
[22]) W. klin. Wochenschrift 1891. Nr. 37—39.
[23]) Klin. Monatsblatt f. Ah. 1892. Beilagsheft p. 183.
[24]) Centralblatt f. Ah. 1893. October.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

5) K. K., lat 34. Nr. prot. 248. Ciąża VII., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Dosyć znaczna ilość wód płodowych. Tętno płodu po stronie lewej słabo słyszalne. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 16. Maja wieczorem. 17. Maja rano przy ujściu na koronę, główce nieustalonej odpłynęły wody płodowe, bóle słabe. O godz. 10. przed południem podano 100 grm. cukru w pół godziny wystąpiły nieco tylko silniejsze bóle, o godz. 12. w południe podano 100 grm. cukru, bóle jeszcze silniejsze, silnych jednak bólów nie było. O godz. 3. popołudniu ujście było już prawie zupełne rozwarte, główka we wchodzie, bóle znacznie słabsze, niż przedtem, podano zatem jeszcze raz 100 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godz. 5½ wieczór powiła córkę żywą, donoszoną. Dnia 18. Kwietnia badanie moczu wykazuje cukru ślad, dnia 19. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) Z. S., lat 28. Nr. prot. 298. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 6. Czerwca rano. Badanie 7. Czerwca rano wykazało, część pochwową zupełnie zanikłą, ujście na koniec palca, bóle bardzo słabe. Do godz. 12. w południe poród nie nie postąpił, podano zatem 75 grm. cukru, w pół godziny później wystąpiły bóle silniejsze, o godz. 1. w południe podano znów 75 grm. cukru, bóle wzmogły się, jeszcze więcej, poród postępował dość szybko i o godz. 7. wieczór urodziła córkę żywą. Badanie moczu z d. 8. Kwietnia wykazuje białka ślad i cukru dobry ślad. Dnia 9. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) M. W., lat 29. Nr. prot. 304. Ciąża II. Brzuch bardzo znacznie wypuklony, macica sięga dnem do wyrostka mieczykowatego mostka, badaniem zewnętrznem dadzą się wykazać trzy ciała duże, twardawe w jamie macicy, przypuszczano ciążę bliźniaczą. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 14. Czerwca wieczór. Dnia 15. Czerwca wieczorem ujście na srebrny reński rozwarte, bóle słabe, rzadkie. Dnia 16. Czerwca rano ujście zewnętrzne również na srebrny reński, sklepienia próżne, nad wchodem balotuje ciało twardsze, odpowiadające główce płodu, bólów nie ma. Dnia 16. Czerwca o godz. 11. przed południem podano rodzącej 75 grm. cukru, bóle nie wystąpiły silniejsze, o godz. 1. w południe podano 75 grm. cukru, poczem wystąpiły nieco silniejsze bóle. O godz. 3. po południu podano 75 grm. a o godz. 4. po południu jeszcze raz 75 grm. cukru. Wy-

stąpiły bóle silne a częste, o godz. 6. wieczór urodziła córkę w położeniu czaszkowem I, w kilka minut później zaś urodziła syna w położeniu miednicowem II. Macica kurczyła się bardzo dobrze, w 10 minut po porodzie odszedł popłód. Dnia 17 Czerwca w moczu białka i cukru dobry ślad. Dnia 18. Czerwca w moczu białka nie znaleziono, cukru ślad. Dnia 19. Czerwca badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

8) E. T., lat 20. Nr. prot. 322. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 3. Lipca w nocy. Rano dnia 4. Lipca badanie wykazało: część pochwowa nie zupełnie jeszcze zanikła, szyja wygodnie przepuszcza palec, bóle bardzo słabe. Wieczorem 4. Lipca stan ten sam: poród nie nie postąpił, bólów prawie żadnych nie ma, dlatego o godz. 8. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz 9. wieczór znów 50 grm., o godz. 10 jeszcze raz 50 grm., poczem wystąpiły bóle nieco silniejsze. O godz. 11. w nocy wykazało badanie część pochwową zupełnie zanikła, ujście na srebrny reński, podano rodzącej 50 grm. cukru a o godz. 12 w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru Bóle wystąpiły znacznie silniejsze, jednak bardzo silnych i częstych bólów rodząca nie miała; badanie 5. Lipca o godz. 2. w nocy wykazało, iż ujście jest prawie zupełnie rozwarte, główka we wchodzie, bóle jednak osłabły znacznie na nowo. Cukru więcej nie podawano rodzącej, bóle pozostały słabe do końca porodu, który się przeciągnął do godz. 8½ rano dnia 5. Lipca. Płód płci męskiej donoszony, żywy. Dnia 5. Lipca rano wykazano w moczu cukier. Dnia 6. Lipca badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

9) M. R., lat 34. Nr. prot. 376. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 29. Lipca w nocy. Dnia 29. Lipca o godz 9-tej rano, część pochwowa zanikła, ujście na koronę, bóle ustały prawie zupełnie Przez cały dzień 29. Lipca bólów rodząca nie miała. Dnia 30. Lipca o godz. 9. rano, ujście na koronę tak, jak dnia poprzedniego, główka ruchoma nad wchodem, o godz. 9. rano podano rodzącej 100 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły bóle silniejsze. O godz. 12. w południe ujście było już całkiem ro warte, główka we wchodzie ustalona, podano jeszcze 50 grm. cukru, bóle wzmogły się jeszcze bardziej, o godz. 4. po południu urodziła się córka żywa, donoszona Badanie moczu w dniu 31. Lipca nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

10) A. K, lat 37. Nr. prot. 390. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 2. Sierpnia po południu. 3. Sierpnia rano wykazało badanie część pochwową zanikła, ujście na srebrny reński rozwarte, główka nad wchodem, bóle rzadko występujące i bardzo słabe, dlatego o godz. 9. rano podano rodzącej 75 grm. cukru a o godz 11. przed południem jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły bóle silniejsze często po sobie następujące; poród o godz. 1½ po południu. Córka żywa, donoszona. Dnia 4. Lipca w moczu cukru ślad, białka nie ma. 5. i 6. Lipca w moczu cukru ślad. 7. Lipca w moczu nie wykazano cukru. Połóg prawidłowy.

11) M. Z., lat 24. Nr. prot. 382. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 8. Września wieczór. Dnia 9. Września rano główka płodu we wchodzie ustalona, część pochwowa zanikła, ujście na srebrny reński, bóle bardzo słabe. Dnia 9. Września wieczorem stan tan sam co rano, dlatego o godz. 9. wieczór podano 75 grm. cukru, o godz. 10. wieczór jeszcze 75 grm.; wystąpiły bóle silniejsze i częstsze, o godz. 11. podano jeszcze raz 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silne, częste, długo trwające, poród szybko postępował i dnia 10. Września o godz. 3. w nocy urodził się syn żywy, ważący około 4000 grm. 10. Września w moczu białka nie znaleziono. cukru ślad. 11. Września w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

12) K. P., lat 28. Nr. prot. 535. Ciąża I. miesiąc księżycowy X. Położenie czaszkowe II. ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 12. Listopada rano, wieczór część pochwowa zupełnie zanikła, ujście na centa, główka w próżni miednicy. Przez cały dzień 13. Listopada bólów rodząca nie miała, poród nie postąpił nic, badanie w dniu 13. wieczorem wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. 13. Listopada wieczorem o godz. 8. podano rodzącej 75 grm. cukru, wystąpiły słabe bóle, o godz. 9½ podano 50 grm. a o godz. 11½ w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru. Wystąpiły bóle silne i wydatne, o godz. 2. w nocy pęcherz pękł a o godz. 4. rano 14. Listopada urodziła syna żywego, donoszonego. W dniu 14. Listopada wykazano w moczu cukier. 15. Listopada badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

13) M. L., lat 24. Nr. prot. 534. Ciąża I. miesiąc księżycowy X Położenie płodu czaszkowe I. ustalone, główka w próżni miednicy. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 11. Listopada rano. część pochwowa prawie zanikła, przez cały dzień 11. i 12. Listopada zaledwie kilka bólów słabych. 13. Listopada w południe podano 50 grm., wieczorem znów 50 grm. cukru bez znaczniejszego skutku, bóle nie wzmogły się wcale. Badanie 14. Listopada rano wykazało stan ten sam, co w d. 11. Listopada; o godzinie 8. rano podano 75 grm. cukru, o 11. przed południem jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły nie bardzo silne, lecz częste bóle, o godz. 2. po południu ujście rozwarte na cent, podano rodzącej 75 grm. cukru, poczem około 3. godz. po południu wystąpiły bardzo silne i wydatne bóle. O godz. 4. po południu podano jeszcze 75 grm. cukru, o godz. 6. wieczór ujście prawie na srebrny reński a o godz. 9. wieczór ujście zupełnie rozwarte. Poród 14. Listopada o godz. 10½ w nocy. Syn żywy, donoszony. W dniu 15. Listopada badanie moczu białka nie wykazało, cukru zaś sporo. Dnia 16. Listopada wykazano w moczu cukier. 17. Listopada zaś w moczu ani cukru ani białka nie wykazano. Połóg prawidłowy.

14) J. K., lat 27. Nr. prot. 536. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 22. Listopada rano, badanie o godz. 11. przed południem wykazało część pochwową niezupełnie zanikłą, szyja wygodnie przepuszcza palec. O godz. 6. wieczór stan prawie taki sam jak przed południem, bóle bardzo rzadkie i słabe, dlatego podano 75 grm. cukru a o godzinie 7½ jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły bóle silne i wydatne tak, że przed godziną 8. ujście było już na talara. O godz. 8½ podano rodzącej 100 grm. cukru, wystąpiły bóle bardzo silne i długo trwające, o godz. 9½ wieczór zaś urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 23. Listopada w moczu białka nie wykazano, cukru tylko ślad. 24. Listopada w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

Z zebranych krótko powyżej opisanych doświadczeń widzimy, że podawano cukier w celu wzmocnienia bólów w pierwszym okresie porodowym czterem pierwiastkom i dziesięciu wieloródkom.

Z tych czterech pierwiastek u pierwszej (przypadek pierwszy) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu rozwartem na groszek, ogółem podano jej 100 grm. cukru, poród nastąpił w 4 godziny po podaniu pierwszej dawki. U drugiej (przypadek szósty) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na centa, ogółem podano 150 grm., poród w 7 godzin po pierwszej dawce. U trzeciej (przypadek dwunasty) rozpoczęto doświadczenie przy ujściu na centa, ogółem podano

200 grm. cukru, poród w 8 godzin po podaniu pierwszej dawki. U czwartej (przypadek trzynasty) po podaniu 100 grm. cukru jednego dnia żadnego działania nie spostrzeżono, drugiego dnia rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na groszek, ogółem podano 300 grm. poród w 14 godzin po rozpoczęciu doświadczenia po raz drugi. Z tego wynika, iż zwiększenie się bólów porodowych nie zależy od ilości podanej dawki cukru, lecz raczej przypuścić musimy, iż różne osoby są rozmaicie wrażliwe na działanie cukru. To samo odnosi się i do wieloródek. I tak po 300 grm. cukru podano w przypadkach 3-cim, 5-tym i 7-mym, po 250 grm. podano w 8-mym i 14-tym, 225 grm. w przypadku 11-tym, po 150 grm. w 2-gim, 9-tym i 10-tym, 100 grm. zaś podano w przypadku 4-tym. Gdy najprędzej, bo za godzinę po podaniu cukru nastąpił poród w przypadku 4-tym, za 3 godziny po podaniu pierwszej dawki w przypadku 2-gim i 14-tym, w 4 godziny w przypadku 10-tym, w 6 godzin w 11-tym, w 7 godzin w przypadkach 3-cim, 5-tym, 7-mym i 9-tym, w 12 godzin zaś po 1-szej dawce w przyp. 8-mym.

Pierwszy okres porodu przygotowawczy trwa zazwyczaj średnio około 18—20-tu godzin u pierwiastek a 10—14-tu godzin u wieloródek. Okres zaś drugi trwa około 2 godziny u pierwiastek a godzinę u wieloródek. Poród zatem u pierwiastek trwa zazwyczaj około 20—22 godzin a 11—15-tu godzin u wieloródek. Niektórzy zaś autorowie jak Fournel (*Anomalies de la force expultrice. Union. méd.* 1889. 19. Marca) przyjmują średnio czas trwania porodu na 24 godzin u wieloródek a 30 godzin u pierwiastek a więc znacznie dłuższy przeciąg czasu. Tymczasem po podaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi, okres pierwszy i drugi razem trwał prawie we wszystkich naszych przypadkach (z wyjątkiem w przypadku 8-mym i 13 tym) znacznie krócej, bo u pierwiastek od 4—8-miu godzin, u wieloródek zaś od 3—7-miu godzin. Ponieważ jednak doświadczenia nasze rozpoczynaliśmy, gdy czynność porodowa już była w toku, już się rozpoczęła, należy zatem do powyż pddanej ilości godzin w naszych przypadkach doliczyć jeszcze pewną liczbę godzin na czas od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia. Chcąc być ostrożnym przyjmuję, iż od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia, przy podawaniu cukru upłynęłoby dwa razy tyle czasu, co od rozpoczęcia doświadczenia aż do ukończenia porodu w danym przypadku. W ten sposób licząc wypada, iż poród przy podawaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi trwałby według naszych doświadczeń od 12 do 24 godzin a więc średnio 18 godzin u pierwiastek a 9 do 21 godzin, to jest średnio 15 godzin u wieloródek a więc w żadnym razie nie dłużej, aniżeli podają podręczniki przy prawidłowych bólach porodowych. Jeżeli zaś podawanie cukru osobom rodzącym z bólami słabymi, u których poród zawsze się przeciąga, skraca czas trwania porodu, to dziać się to może tylko skutkiem zwiększenia się, wzmocnienia bólów porodowych. Na podstawie zatem naszych doświadczeń możemy twierdzić, iż podawanie osobom rodzącym większych (100 do 300 grm.) ilości cukru wzmacnia bóle porodowe i to przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków. Powszechnie znaną jest rzeczą, iż prawie zawsze u osób rodzących z bólami słabymi po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, występują bóle silniejsze a więc bóle zwiększają się samoistnie i w większej liczbie przypadków osoby takie rodzą same bez użycia jakichkolwiek środków wzmacniających bóle. Mógłby kto zatem powiedzieć, iż w naszych przypadkach nie cukier wzmocnił bóle porodowe, lecz że w czasie tym miały bóle porodowe samoistnie się zwiększyć i wzmocniły się tak, jak to często bywa. Otóż gdybyśmy na podstawie jednego lub dwu doświadczeń wysnuwali wnioski, to możnaby rzeczywiście przypuścić, iż rozpoczynając doświadczenie, trafiliśmy przypadkiem właśnie na czas, w którym bóle miały samoistnie się zwiększyć i że czas podania cukru osobie rodzącej zeszedł się tylko z chwilą zwiększenia się bólów. Trudno jednakże przypuścić, iżbyśmy na czternaście doświadczeń we wszystkich prawie natrafiali tak szczęśliwie na tę chwilę, w którejby bóle porodowe miały się samoistnie zwiększyć i dlatego moim zdaniem ten zarzut stanowczo odpada.

Poważniejszy jednak zarzut mógłby nas spotkać a mianowicie, że po podaniu większych ilości cukru bardzo często występuje glikosurya, do której osoby rodzące i położnice są nadzwyczaj skłonne. Otóż z doświadczeń naszych wynika, że rzeczywiście po podaniu nawet niezbyt wielkich ilości cukru (150 do 300 grm.) wystąpić może glikosurya kilka dni nawet trwająca, (przypadek 10-ty, 3-ci, 7-my i 5-ty) jednak powyższe doświadczenia pouczają nas zarazem, iż glikosurya ta przemija w zupełności bez śladu, bez widocznej szkody dla zdrowia matki i płodu. Być może, iż w ten sposób powstała glikosurya u osób z cierpieniem nerek, serca lub w ogóle u osób ze zaburzeniami w krążeniu krwi i z upośledzeniem przemiany materyi mogłaby się dłużej utrzymywać a nawet niekorzystnie wpłynąć na stan ogólny i dlatego sądzę, iż podawanie cukru w większych ilościach należałoby ograniczyć tylko do osób, u których znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych wykazać nie można tak, jak to uczyniono w powyższych doświadczeniach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV.

Otrzymujemy następujące pisma:

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie tych kilku słów odpowiedzi na list Dra Kleckiego, ogłoszony w numerze 8-mym *Przeglądu lekarskiego*.

„Wyświetlanie rzeczywistego stanu rzeczy, które autor listu „uważa sobie za obowiązek“, jest zadaniem ładnem, spełnienie jego jednak jest możliwe o tyle tylko, o ile może polegać na wynikach ścisłych badań, ale nie twierdzeń bez dowodów. Kto „oświadcza“, że szczegóły na dokładnych badaniach i wyliczeniach oparte, „nie są zgodne z rzeczywistością“, powinien takie oświadczenia poprzeć własnemi doświadczeniami, t. j. podaniem szczegółowem ich wyników w liczbach. Przeczenie zaś na zasadzie tylko wiadomości „ze słyszenia“, nie stanowi chyba dowodu przekonywającego, z którym należałoby się liczyć poważnie. Gdyby Dr. Klecki wczytał się w mój artykuł a nie dyskretnie „nie wchodził“ w jego przyczyny, zauważyłby może, że w różnych seryach doświadczeń moich powtarzają się zawsze te same empirycznie uzyskane szczegóły i wtedy zastanowiłby się może nad tem, że nie może być rzeczą przypadkową taka prawidłowość liczb otrzymanych na różnych drogach. W nadziei, że Dr. Klecki jeszcze to zrobi, nie będę tu powtarzał swoich bardzo prostych obliczeń. Powtarzam tylko, iż wynika z nich, że siła posiadanej prze-

zemnie a otrzymanej w Paryżu surowicy = 60 J. I. Nie wątpię, że inna surowica mogła by być inną. Słyszałem w Paryżu, że miewają tam czasem surowicę = $^{1}/_{100000}$. Taka powinna by dać, przy określaniu sposobem niemieckim, liczbę około 120 J. I. Ale taka surowica, jaką ja posiadałem, t. j. o sile $^{1}/_{50000}$ w nomenklaturze francuskiej, zawiera około 60-ciu jedności imunizacyjnych według terminologii niemieckiej. Wynika to jasno z ogłoszonych przezemnie doświadczeń, które prowadziłem w pracowni publicznie i *lege artis*, w których więc pomyłka grubsza jest niemożliwa. Tu zaznaczę, że określenia w rodzaju **133** lub **135** muszą się każdemu, kto te doświadczenia rozumie i robił, wydać bardzo dziwnemi; wahania bowiem w granicach 10 nawet nieraz wcale uchwycić się nie dadzą. Obawiam się więc, że Dr. Klecki rzecz tę dosłyszał niedokładnie.

Jeszcze jeden szczegół. Dr. Klecki pisze, że Roux określił jako dawkę minimalną leczniczą 1200 J. I. Ale Dr. Klecki zapewne nie słyszał, że na objętość najmniejszą ilością surowicy, jaką w Paryżu według wskazówek Rouxa stosują, jest 20 cm.³. Wynika ztąd jasno, że siła tej surowicy jest $^{1200}/_{20} = 60$, czyli taka, jak ją określiłem. Gdyby równała się ona **133** czy **135**, wtedy wstrzykiwano by jej tylko około 9 cm.³. Sądzę, że ta prosta okoliczność ze słów Dra Kleckiego wynikająca, przekona go może, że niezupełnie dokładnie zdaje on sobie z tego wszystkiego sprawę. Mnie osobiście nikt o skuteczności surowicy francuskiej przekonywać nie ma potrzeby, gdyż ciągle widzę tu tego dowody wymowne, ale tej zalecie moje wyliczenia nie przeczyły. Przeciwnie wyświetlają one tylko przyczynę, dla której dawki surowicy francuskiej są i muszą być takie a nie inne.

Warszawa 2. Marca 1895. *Wł. Janowski.*

Szanowny Redaktorze!

Wyniki otrzymane przez kol. Janowskiego zgadzają się w zupełności z temi, które i ja otrzymałem, próbując trzykrotnie dwóch partyj surowicy Rouxa. Próby wykonałem porównawczo używając jednakowego jadu na świnkach morskich od 400—500 grm. wagi z surowicą Rouxa, Behringa Nr. 1, Behringa Nr. 2, Aronsona i otrzymaną w Krakowie. Przy pierwszej próbie surowica Rouxa otrzymana z Paryża 8. Stycznia, pokazała się nieco słabszą od Nr. 1. Behringa; przy drugiej próbie prawie równą Nr. 1. Behringa, ale dwa razy słabszą od Nr. 2. Powtórna próba dokonana z surowicą otrzymaną z Paryża 20. Lutego dała wynik nieco odmienny, mianowicie surowica Rouxa pokazała się na teraz silniejszą od Nr. 1. Behringa, ale znacznie słabszą od Nr. 2. Nie mogę wchodzić tutaj w bliższe szczegóły prób, które niebawem będą ogłoszone. Widać ztąd tylko, że surowica Rouxa dotąd nie jest stałą w swym składzie i w każdym razie ta, jaką w handlu otrzymujemy, nie ma siły większej nad 70—80 jednostek. Być może jednak, że surowica, jaką Roux w wyjątkowych przypadkach otrzymuje i wydaje, jest silniejszą i ztąd pewne partye mogą mieć większą siłę [1]).

Kraków dnia 14. Marca 1895. *O. Bujwid.*

[1]) W Nrze 9. *Munchener med. Wochenschrift* z dnia 12. b. m. i r. oświadcza Mieczników, że w centymetrze sześciennym surowicy swoistej przeciw błonicy wyrabianej w zakładzie Pasteurowskim w Paryżu mieści się 100 do 200 jednostek immunizacyjnych według skali Behringa-Ehrlicha. (*Przyp. redakcyi*).

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

11) Haberda (w Wiedniu): Uwagi sądowo-lekarskie nad wiewiórem (*gonorrhoea*) i jego wykazaniem.

Modna, że tak wolno się wyrazić, sprawa sądowo-lekarskiego znaczenia gonokoków, jako przyczyny infekcyi wiewiórowej, skłoniła autora do podjęcia badań w tej mierze. Lober i Aubert pierwsi zalecili dla celów sądowo-lekarskich poszukiwanie gonokoków w przypadkach zgwałcenia, w których następowo przychodzi do zapalenia dróg płciowych z cechami wiewióra. W dwa lata później zalecił Kratter tak samo poszukiwanie w celach sądowych, dowodząc, że już samo morfologiczne zachowanie się gonokoków wystarcza do stanowczego rozpoznania przyrody zakażenia.

Rzecz dziwna, że Vibert i Bordas doszli w tymże samym czasie do wprost przeciwnych wniosków, co Kratter mimo, iż w 6 przez nich badanych i przed sądem ocenianych przypadkach było niewątpliwie zakażenie wiewiórowe. Zdanie ich opiewa, iż wykrycie w wydzielinie cewki i t. d. gonokoków nie uprawnia lekarza sądowego do żadnych wniosków co do przyrody cierpienia. Obecność gonokoków straciła w tym czasie na rozpoznawczem znaczeniu raz dlatego, że nie znano pewnej a łatwej metody sztucznego ich hodowania, powtóre zaś dlatego, że wykrycie innych diplokoków wielce podobnych do drobnoustrojów wiewióra dało powód niektórym autorom jak Mannabergowi, Lustgartenowi, Legrainowi, Zeisslowi i t. d. do zaprzeczenia ich patogenicznych właściwości. Patogeniczność ich spotkała się z zupełnem uznaniem dopiero od czasu ogłoszenia wyników sumiennych badań Wertheima, które oparte na uproszczonej metodzie sztucznych hodowli, wszelkie wątpliwości co do przyrody wiówióra usunęły. Od tej chwili twierdzenie Krattera i Schulzego, jakoby wykonywanie sztucznych hodowli gonokoka było zbytecznem dla celów sądowo-lekarskich straciło zupełnie na znaczeniu. Lekarz sądowy odtąd nie może się zadowolnić tylko morfologicznem stwierdzeniem gonokoków tak jak to może uczynić klinicysta. Rozpoznanie wiewióra w przypadkach zgwałcenia nie może odtąd opierać się wyłącznie na wykazaniu okresu zarodowego, na zbadaniu ilości i jakości wydzieliny, nasilenia objawów zapalenia, zajęcia cewki moczowej, przebiegu i czasie trwania choroby, lecz na wykazaniu w wydzielinie gonokoków i sztucznem ich wyhodowaniu obok równoczesnego uwzględnienia objawów klinicznych. Lekarz sądowy winien poddać badaniu bakteryologicznemu pod względem obecności gonokoków wydzielinę części płciowych osoby tak zgwałconej jak i gwałcącej, a wynik badania ujemny zwłaszcza w przypadkach przewłocznego wiewióra u osób, które dopuściły się gwałtu, nie przemawia przeciw rozpoznaniu infekcyi, lecz skłania do badań częstszych. Często może się wydarzyć, że osoba, która dopuściła się gwałtu, usuwa rozmyślnie wydzielinę przed zamierzonem badaniem, ztąd też, aby temu zapobiedz, zaleca Bosc badanie bez poprzedniego uwiadomienia badanego z rana, zanim on przez oddanie moczu oczyści swą cewkę, Neisser zaleca wstrzyknięcie do cewki badanego lekko drażniącego płynu, Flatten zaś dłuższą (kilkugodzinną) obserwacyę badanego, zanim się przedsięweźmie badanie.

Zwrócono uwagę także i w tym względzie, czy można wykazać gonokoki w plamach na bieliźnie powstałych z ropy. Pierwszy usiłował wykazać gonokoki z plamy tak

w preparacie barwionym jak i przez hodowle Lober, jednak pomyślnemu wynikowi jego usiłowań słusznie sprzeciwili się Aubert, Neisser, Jadassohn i Bosc. Allen wykazywał gonokoki w plamach przez 3 tygodnie od ich powstania, jednak Aubert sprzeciwia się temu dowodząc, iż ciałka ropne przez wyschnięcie rozpadają się bardzo rychło, a koki znajdywane wówczas nie znajdują się w pierwoszczu i w kępkach. Zapatrywanie to podzielają Coutagne i Legrain, natomiast Horand i Kratter twierdzą, że można wykryć morfotycznie gonokoki w plamach zaschłej ropy nawet po dłuższym czasie. Bosc stanowczo występuje przeciw rozpoznaniu wiewióra, opartem na mikroskopowem wykazaniu gonokoków w zaschłej ropie z plam.

Autor postawił sobie trzy pytania do rozstrzygnięcia: 1) czy można wykazać w zaschłej ropie plam gonokoki za pomocą preparatów mikroskopowych, 2) czy gonokoki w suchej ropie morfotycznie wykazane dają się hodować metodą Wertheima i 3) czy zaschła ropa wiewiórowa posiada jeszcze własności zakaźne, t. j. czy wprowadzona do cewki, wznieca wiewiór.

Na podstawie badań swych przekonał się autor, że gonokoki dadzą się w zaschłej ropie morfologicznie wykazać a to nawet wtedy, gdy plama jest stara, to znaczy, przez dłuższy czas jest przechowana.

Gdy jednak ciałka ropne prędko ulegają zmianom wstecznym i rozpadowi, przeto traci obraz mikroskopowy wiele ze swych cech charakterystycznych a zatem odróżnienie prawdziwych gonokoków od podobnych im diplokoków jest bardzo trudnem a właściwie niemożliwem. Autor posługiwał się w swoich doświadczeniach czystą ropą z ostrego wiewióra, w której poprzednio stwierdzał obecność gonokoków preparatami i hodowlą. Ropę tę rozpościerał na czystem płótnie a mimo tych idealnych okoliczności nie był w stanie po zaschnięciu plamy rozpoznać w niej stanowczo gonokoków. Jakżeż zatem można opierać rozpoznanie dla sądu na obrazie mikroskopowym uzyskanym z plam na bieliźnie przypadków zgwałcenia, jeźli plamy te najczęściej stanowią, jak trafnie uważa Bosc *un mélange de sperme, d'ecoulements vaginaux*, *de matieres fécales, de crasse*, *de poussiere*. Rzecz prosta, że rozpoznanie na takim obrazie oparte, byłoby co najmniej lekkomyślnem. Z zaschłej ropy nie był w stanie autor uzyskać hodowli a tylko w dwóch razach uzyskał je mianowicie z plam powleczonych grubszą warstwą ropy po suszeniu ich przez 3 i 5 kwadransów a to dlatego, że ropa w niektórych miejscach plamy jeszcze nie zaschła. Nie ulega zatem wątpliwości, że gonokoki nie mają formy trwałej jakiej Luther dopatrywał się w ich formach inwolucyjnych, że zatem przez wyschnięcie zatracają one swą żywotność. Pod tym względem różnią się więc gonokoki od streptokoków, które wedle badań Gärtnera, Paszeta, Triconiego i innych nie tracą przez wyschnięcie podłoża swej żywotności, toż samo różnią się od diplokoka zapalenia płuc, utrzymującego swą żywotność w zaschłych plwocinach wedle badań Foa, Guarnierego i Bordoniego-Uffreduzziego. Wreszcie przekonał się autor, że szczepienie zaschłej ropy wiewiórowej do cewki moczowej skutku nie odnosi. Do tych samych wyników doszli równocześnie a niezależnie od autora Finger, Ghon i Schlagenhaufer. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad tem, czy możliwem jest zakażenie pośrednie wiewiórem. Podaje przypadek tyczący się pewnej kobiety, która używszy kąpieli i bielizny kąpielowej bezpośrednio po swym synie mającym wiewiór, dostała tej choroby.

Doświadczenia wykonane przez autora w tym względzie wykazały, że z ropy wiewiórowej pozostającej przez pewien czas w wodzie letniej (25—28° C.) gonokoki nie dadzą się już wyhodować.

Dla celów sądowo-lekarskich ważnem jest spostrzeżenie, że zakażenie pośrednie wiewiórem zwłaszcza u dzieci może nastąpić przez spanie dzieci wspólnie z choremi osobami dorosłemi.

Zakażenie wiewiórowe nie oszczędza żadnej błony śluzowej, ztąd też może zająć błonę śluzową odbytnicy, jak to się zdarza widzieć u pederastów biernych, może zająć błonę śluzową jamy ust, jak o tem poucza przypadek podany przez Horanda a tyczący się mężczyzny, który spółkując *per os* z prostytutką nabawił się wiewióra. Że zapalenie wiewiórowe jamy ustnej także i na innej drodze wystąpić może, dowodzą przypadki opisane przez Menarda i Rosińskiego, który twierdzi nawet, że noworodki mogą w czasie porodu nabawić się nietylko wiewiórowego zapalenia spojówek, lecz także i błony śluzowej ust przez aspiracyę wydzieliny wiewiórowej z dróg porodowych matki.

Wreszcie ważną jest dla lekarza sądowego i ta zdobycz, którą zawdzięczamy badaniom Wertheima, że gonokoki zachowują się w ustroju jak jad ropny, t. j. że mogą z miejsca pierwotnej infekcyi przenieść się w odległe narządy i tworzyć tam wtórorzędne ogniska. I tak wiadomem teraz, że wiewiórowe zapalenie pochwy osób starszych przenosi się na macicę i trąbki i może dać powód do różnych zaburzeń n. p. do niepłodności, do zapaleń otrzewny, ba, nawet stać się w ostatnim razie przyczyną śmierci. Dzięki spostrzeżeniom Bordoniego, Wertheima i t. d. wiemy, że w przebiegu wiewióra może przyjść do zapaleń stawów opłucnej, torebek ścięgnistych, które jak badanie bakteryologiczne poucza, wywołane bywają wówczas wyłącznie przez gonokoki w tych wydzielinach zapalnych w czystej hodowli dostrzegane. Wreszcie może zakażenie wiewiórowe przenieść się na śródsierdzie i osierdzie i wywołać tu swoiste zapalenia. Te nader poważne następstwa infekcyi wiewiórowej powinien mieć lekarz sądowy w każdym przypadku tego rodzaju na pamięci, aby odpowiednio sformułować swe orzeczenie pod względem możliwych następstw. Zdarzy mu się przypadek, w którym napotka jedno z tych następstw, to zanim je za takie uzna, wpierw winien zbadać je bakteryologicznie.

(Z pracy autora zatem wynika, że rozpoznanie wiewióra w przypadku sądowym winno się opierać na dodatnim wyniku badania podjętego przez sporządzenie preparatów mikroskopowych i przez sporządzenie sztucznej hodowli, której wejrzenie uważa autor za bezwzględnie charakterystyczne dla gonokoków a to opierając się na spostrzeżeniach Wertheima. Tymczasem Wertheim wyraźnie w pracy swej zwraca uwagę, że sztuczne hodowle gonokoków bynajmniej nie są dla nich wyłącznie charakterystyczne w tem znaczeniu, aby po nich rozpoznawać gonokoki jako takie. Doświadczenia sprawozdawcy i Dra J. Nowaka dostatecznie tę okoliczność stwierdziły, przez co obaj uznali za konieczne przeszczepiania z hodowli sztucznych na cewkę moczową w każdym przypadku sądowym. Trudność podejmowania szczepień może ustanie, jeźli potwierdzą się spostrzeżenia Turry, iż gonokoki wywołują także w cewce psów swoiste zapalenia. Przypisek sprawozdawcy). *(Viertjschr f. ger. Med. Supplh/t.* 1894).

Chirurgia.

O. Ihle: O desinfekcyi nożów operacyjnych.

Słusznie bardzo zwraca autor uwagę, że dziwnym sposobem dziś jeszcze wielu chirurgów uważa nóż za narzędzie, które wystarczy zamaczać w płynie antyseptycznym lub obetrzeć, aby był należycie oczyszczonym, gdy inne narzędzia, nawet nożyczki gotują jak należy. Otóż, nóż jest najwięcej na zakażenie narażonym przy operacyi i u nożownika, który razem ostrzy noże sekcyjne i operacyjne, przeto też najłatwiej może na odwrót zakazić świeżą ranę.

Na usprawiedliwienie tego fatalnego postępowania służy znowu najbłędniejsze zapatrywanie czy zabobon, że skutkiem gotowania nóż tępieje. Jest to mniemanie wręcz mylne.

W dobrym roczynie sody można nawet pół godziny nóż gotować bez szkody dla jego ostrza. Tak samo igły, trójgrańce itd. Trzeba tylko zachować pewne ostrożności:

1) Nie można noża rzucać wraz z innemi narzędziami, które go mogą nietylko stępić ale i poszczerbić, lecz należy

go wkładać w odpowiedniem metalowem pudełku z dziurkami, któremi ma przepływać gotująca się woda. Autor podał odpowiednie także pudełko na noże i na igły. (W klinice chirurgicznej krakowskiej owija się obecnie noże watą i tak się je gotuje).

2) Należy mieć odpowiedni rozczyn t. j. przynajmniej 1% rozczyn czystej sody. Tu zwraca autor uwagę, że soda, jaką kupuje się po handlach, najczęściej jest w wysokim stopniu zanieczyszczona solą Glauberską i solą kuchenną. Należy zatem kupować nie w handlach ale w składach aptekarskich i to sodę chemicznie czystą. *Natrium carbonicum siccum Pharmacop. III.* Jeżeli się zaś już musi kupować gdzie w handlu, to najlepiej brać sodę krystaliczną, o której jednak pamiętać trzeba, że zawiera tylko 1/3 część czystej sody, trzeba więc jej używać w trzykrotnej ilości przy sporządzaniu rozczynu.

Najprostszy sposób sporządzania rozczynu: na pół litra wody daje się łyżkę sody sproszkowanej czystej, albo trzy łyżki sody krystalicznej. W ogóle należy trzymać się zasady, że lepiej dać sody nieco za wiele, niż za mało; większa bowiem ilość sody nie jest dla narzędzi bezwarunkowo szkodliwą a wraz z gotowaniem jest soda najlepszym środkiem zamieniającym wodę twardą na miękką.

Jak wiadomo bowiem, twardość wody zależy głównie od węglanu wapniowego (wapna) i siarkanu wapniowego (gipsu). Przez samo zagotowanie wody opada ziemisty osad węglanu wapniowego, ale gips zostaje w rozpuszczeniu; dopiero po dodaniu sody rozkłada się na siarkan sodowy (sól Glaubera) i węglan wapniowy, który znowu przez gotowanie opada.

Ale gdy sody mało, lub gdy ona w dodatku jest nieczystą, wtedy łatwo narzędzia niklowe czernieją a żelazne rdzewieją.

Nawet do domowego użytku, zwykła soda zanieczyszczona solą kuchenną nie nadaje się, bo sól wydziela mydło i co się zyska na taniej sodzie, to się podwójnie straci na mydle.

Wartoby o tem pamiętać po klinikach i zakładach leczniczych prywatnych! (*Langenbeck' fur Arch. klin. Chir.* T. 48. z. IV 1894). *A. Gabryszewski.*

Choroby dzieci.

Cassel (w Berlinie): **Ospówka** *(varicella)*.

W ogóle uważa się ospówkę za jedną z najlżejszych chorób zakaźnych osutkowych, tymczasem C. zwraca uwagę, że ta zwykle łagodna choroba może mieć ciężkie powikłania. W ciągu epidemii ospówki, która panowała w Berlinie w 1894 r., miał on sposobność widzieć kilkakrotnie przypadki, które z powodu powikłań przybierały groźny charakter a nawet kończyły się niepomyślnie. Powikłaniami temi były albo zgorzelina i rozległe owrzodzenia skóry albo co częściej do śmierci prowadzić może, zapalenia nerek. Zwracając na to ostatnie powikłanie szczególną uwagę, radzi nie pomijać nigdy w przebiegu ospówki kilkakrotnego badania moczu. *(Archiv f. Kinderhlkde* XVII. 5 i 6).

Dr. Raczyński.

Felsenthal i Bernhard: **Przyczynek do znajomości ciężaru gatunkowego krwi chorych dzieci.**

Wobec znaczenia, jakie w ostatnich czasach przypisujemy badaniu krwi, nie możemy pominąć niniejszej pracy. Wiadomo, że ciężar gatunkowy krwi przekracza w niektórych chorobach pewne granice a oznaczenie jego może być zużytkowane do celów klinicznych, mianowicie dla rozpoznania i rokowania. F. i B. badali krew dzieci w niektórych chorobach oznaczając ciężar jej gatunkowy za pomocą metody Hammerschlaga (mieszaniny chloroformu z benzolem) równocześnie oznaczano także ilość hemoglobiny i liczono ciałka krwi. Oto wyniki:

W błonicy ciężar gatunkowy krwi bywa wyższy od prawidłowego, chociaż nie stwierdzono, aby w miarę ciężkości zakażenia wzmagał się stale i ciężar gatunkowy krwi.

W zapaleniu nerek przy znacznym białkomoczu opada znacznie ciężar gatunkowy krwi a podnosi w miarę poprawy.

W niedokrewności i bielicy znajdywano stale obniżenie się ciężaru gatunkowego; ten sam stosunek wykazano także dla krzywicy.

W stanach gorączkowych nie można było wykazać stałego stosunku między ciężarem gatunkowym krwi a gorączką. *(Archiv f. Kinderhlkde.* XVII. 5 i 6).

Dr Raczyński.

Zapiski terapeutyczne.

37. Roux (prof. w Lozannie). Leczenie krwawnic *(haemorrhoides)*. Wobec mnóstwa sposobów operowania tego cierpienia uważa autor za swój obowiązek przypomnieć sposób tak zwany amerykański, oddawna wprawdzie znany, lecz w Europie przynajmniej mało używany, którym się posługuje z tak dobrym skutkiem, iż od lat już wielu nie potrzebował uciekać się do zabiegu krwawego.

Zaletami sposobu operacyjnego, o którym mowa, są pewność skutku terapeutycznego, łagodność i łatwość operacyi, nadto i to znaczy dużo, że mu chorzy poddają się chętnie, nie uważając go za formalną operacyą.

Autor sądzi, że to także przemawia na korzyść amerykańskiego sposobu operowania, iż nie przerywa on nagle nawykowego upływu krwi, który mimo wszelkich teoryj nie jest bynajmniej dla ustroju obojętnym.

Autor operował w szpitalu zawsze wśród narkozy eterem, w praktyce prywatnej zaś bardzo często bez narkozy i to w sposób następujący:

Po ułożeniu chorego jak do cięcia kamienia wprowadza operujący do odbytnicy obydwa palce wielkie i rytmicznie (*massage cadencé)* rozszerza otwór stolcowy (*anus*) tak, iż brzusiec (*pulpa*) ostatniego członka palca wielkiego dotyka się guzów kości kulszowej. Wtedy wystają wszystkie guzy krwawnicze, napełniające się rychło krwią i tworzące jakoby wieniec naokoło otworu stolcowego. Teraz chwyta się palcem wielkim i wskazującym (lepiej, niż szczypczykami) każdy guz krwawniczy z osobna i od brzegu otworu stolcowego wstrzykuje weń i to w podstawę lub środek strzykawką Pravazowską dwie krople 50—80% rozczynu kwasu karbolowego w glicerynie. Po kilku sekundach guz krwawy nabrzmiewa nieco i nabiera barwy niebieskiej, jasnej lub wcale ciemnej. Toż samo robi się po kolei ze wszystkiemi guzami. W ten sposób krwawnice obrzmiewają tak bardzo, iż nie mogą cofnąć się do wnętrza. Po tej operacyi wprowadza się do środka do połowy wałeczek gazy jodoformowej wazeliną kwasem borowym posmarowany, kształtu klepsydry i wszystko przytwierdza watą dosyć jałową i opaską w kształcie litery **T**.

Ból po operacyi jest bardzo nieznaczny, reakcyi nie ma prawie żadnej, niema mianowicie zatrzymania się moczu u mężczyzn w pierwszej nocy po operacyi, niema potrzeby sztucznego wstrzymywania wypróżnienia, które tylko w razie parcia należy ułatwić przez wstrzyknięcie oleju rącznikowego (*oleum ricini*). Drugiego dnia po operacyi czuć guzy krwawnicze jak orzechy laskowe, ledwo nieco za uciskiem bolesne, które powoli się zmniejszają.

W praktyce prywatnej pozwala autor operowanym wstawać zaraz lub najpóźniej 3go dnia; w szpitalu trzymał chorych w łóżku przez 5 do 8 dni.

Jeżeli chorzy nie cierpią na nawykowe zaparcie żywota, nie ma potrzeby przeczyszczać ich przed operacyą; wystarczy starać się tylko o lekkie wypróżnienie przez trzy pierwsze dnie po operacyi. Po wypadnięciu tamponu dostateczną jest sama tylko czystość.

Zaletą operacyi, o której mowa, jest, że nie wymaga asystencyi i że nie towarzyszy jej krwotok tętniczy, jeżeli igłę od strzykawki wbije się w brzeg otworu stolcowego lub w guz z zewnątrz.

Uciskanie palcami guza podczas wstrzykiwania i przez kilka sekund po wstrzykiwaniu ma na celu zapobiedz niebezpieczeństwu w danym razie zatoru, którego wszakże autor nigdy jeszcze po przerzeczonej operacyi nie widział.

Co się tyczy rezultatów operacyi późniejszych, widział je autor, mianowicie ze względu na powrót choroby lepsze niż po operacyach krwawych; kończąc poleca przeto gorąco opisany sposób leczenia krwawnic. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

38. N. Reichmann (w Warszawie): O bezpośrednim wpływie dwuwęglanu sodowego na wydzielanie się soku żołądkowego. Pierwsze doświadczenia nad wpływem alkaliów na wydzielanie się soku żołądkowego robił Klaudyusz Bernard i przekonał się, że małe ich dawki przysparzają wydzielania się soku rzeczonego, wielkie zaś go zobojętniają. Doświadczenia te uzupełnili późniejsi badacze, w części za pośrednictwem wód mineralnych, między nimi Jaworski a Du Mesnil, Linossier i Lemoine wnieśli ze swych doświadczeń, że dwuwęglan sodowy przysparza wydzielania się soku żołądkowego zadany w dawkach nie tylko małych (0·50 do 2·00), ale i dużych (5·00 do 10·00), użytych tak przed jedzeniem jak i po niem.

Doświadczenia wszakże z wodami mineralnemi sprawy ostatecznie rozstrzygać nie mogą, bo wody mineralne zawierają w sobie prócz alkaliów i inne składniki, jak różne sole i kwas węglowy a nadto działają i przez swą temperaturę.

Dlatego autor postanowił rzecz zbadać na podstawie nowych a własnych doświadczeń, do których wybrał dwuwęglan sodowy, jako lek praktycznie najczęściej używany. Do doświadczeń użył osób z chorobą bądź to żołądka, bądź jelit, bądź jednego i drugich razem. Przed doświadczeniami badał dokładnie czynność żołądka pod każdym względem a następnie dopiero przystępował do prób z dwuwęglanem sodowym, zadawanym w różnych okolicznościach i w różnych ilościach.

Autor porównywał naprzód wydzielanie się soku żołądkowego w czczym żołądku po wprowadzeniu doń dwuwęglanu sodowego z wydzielaniem się soku po wprowadzeniu wody destylowanej do żołądka, następnie badał wydzielanie się soku żołądkowego podczas trawienia po zadaniu przed samem jedzeniem dwuwęglanu sodowego, potem badał wpływ rzeczonego środka po wprowadzeniu do żołądka na jakiś czas przed jedzeniem, dalej wpływ dwuwęglanu sodowego zażytego tuż po jedzeniu i w końcu wpływ tegoż środka zadawanego przez dłuższy czas i po jedzeniu.

Z 103 doświadczeń autora w tej mierze pokazało się: 1) że roczczyny dwuwęglanu sodowego tak słabe jak i mocne nie nasparzają wydzielania się soku żołądkowego w większej ilości, niż to robi woda destylowana, 2) dwuwęglan sodowy zażyty na jakiś czas przed jedzeniem w ilościach czy małych czy dużych nie wpływa widocznie na wydzielanie się soku żołądkowego, 3) dwuwęglan sodowy zażyty tuż po jedzeniu zmniejsza znacznie stopień kwaśności treści żołądka a tem samem i ilość wolnego kwasu solnego w żołądku i to tem bardziej, im więcej go zadano, 4) zażywanie dwuwęglanu sodowego przez dłuższy czas w wielkich dawkach nie wpływa na wydzielanie się soku żołądkowego.

Z tego wszystkiego wypada, że dwuwęglan sodowy nie wpływa na wydzielanie się soku żołądkowego, lecz tylko już wydzielony zobojętnia a nawet w danych okolicznościach robi alkalicznym.

Sam autor przyznaje, że doświadczeniom jego możnaby zarzucić, iż dokonał ich na osobach chorych, nie spodziewa się wszakże, iżby dwuwęglan sodowy działał w tej mierze inaczej u chorych jak u zdrowych.

Oczywiście, że ten rezultat badań autora nie ujmuje środkom alkalicznym wielkiego znaczenia w leczeniu chorób żołądka, gdyż już samo zmniejszenie kwaśności a nawet w danych okolicznościach zalkalizowanie treści żołądka ma wielką wagę pod względem terapeutycznym a nawet wpływa korzystnie na samą błonę śluzową. Poszukiwania autora rozjaśniają tylko sprawę działania alkaliów w chorobach żołądka i sprowadzają je do właściwych granic. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

39. Lasègue. Przeciw wymiotom, osobliwie u ciężarnych zaleca się nastój jodowy i kreozot, do czego przydatne są wzory:

a) Rp. *Ttrae jodi*
Chloroformii aa 5·00

MDS. Rano i wieczór zażywać po 5 kropel z wodą podczas jedzenia lub

b) *Ttrae jodi guttas XV*
Aquae menthae p/p. 30·00

MDS. Co godzina zażywać po 15 kropel i

c) *Kreozoti fagini*
Olei amygd. dulc. aa *5·00*

MDS. Zażywać z mlekiem trzy lub cztery razy dziennie po 5 do 10 kropel. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

VI.

KORESPONDENCYA.

Lwów dnia 16. Marca 1895.

Dziś odbyło się poświęcenie nowego zakładu położniczo-ginekologicznego. Wydział krajowy rozesłał zaproszenia, poświęcił budynek proboszcz miejscowy. Wydział krajowy reprezentowali członkowie: Dr. Hoszard, Wereszczyński, Romanowicz i Sawczak, komitet budowlany w myśl uchwał sejmowych ustanowiony prawie w komplecie, lekarze szpitalni i grono zaproszonych gości. Przy wstępie do zakładu przemówił radca budownictwa Braunseis, jako kierownik budowy i wręczył klucze Drowi Hoszardowi. Po dokonaniu ceremonii poświęcenia przemówił w sali wykładowej Dr. Hoszard, podnosząc zasługi wszystkich, którzy przyczynili się do dokonania dzieła i oddał klucze budynku dyrektorowi szpitala, Drowi Głowackiemu, który w przemowie uwydatnił zasługi Dra Hoszarda i wartość nowego przybytku, jaki szpital otrzymał. Nakoniec ze stanowiska chrześciańskiego miłosierdzia wykazał kapelan szpitalny cel nowo powstałego przytułku dla cierpiących. Prof. Dr. Czyżewicz oprowadzał po budynku i wyjaśniał przeznaczenie ubikacyj.

Otwarcie zakładu dla użytku publicznego nastąpi dopiero po zupełnem wykończeniu urządzenia wewnętrznego, które jeszcze nie jest w całości gotowe. Zakład nowy jest szkołą akuszerek i będzie kliniką fakultetu lekarskiego.

Nie wątpimy, że twórca tego zakładu, prof. Dr. Czyżewicz, ogłosi historyę jego powstania i opisze go szczegółowo; dlatego dziś ograniczymy się tylko do przytoczenia dat odnoszących się do jego budowy. Prof. Dr. Czyżewicz jeszcze w r. 1871., t. j. zaraz po objęciu profesury położnictwa w szkole medyczno-chirurgicznej, zastał zakład położniczy w takim stanie, że zmuszonym się widział napisać memoryał, żądający innego umieszczenia czasowego i budowy nowego zakładu. W ślad zatem podali w 1872. lekarze szpitalni petycyę o toż samo oraz krajowa Rada zdrowia to samo żądanie przedstawiała w swoich rocznych sprawozdaniach sanitarnych i powtarzała je corocznie aż do urzeczywistnienia.

W roku 1874. pod wrażeniem panującej w zakładzie epidemicznie gorączki połogowej, uchwalił Sejm krajowy potrzebę nagłą budowy zakładu położniczego i polecił Wydzia-

łowi krajowemu przedłożyć na następnej sesyi plany i kosztorysy. W tym samym roku 1874. Namiestnictwo, opierając się na zawodowej opinii znawców, do oznaczenia przyczyny wybuchu gorączki połogowej powołanych, oraz na wniosku krajowej Rady zdrowia, zażądało przeniesienia zakładu w inne, odpowiedniejsze miejsce i budowy nowego domu dla niego. Wydział krajowy powołał ankietę w tej sprawie, polecił zakupić kawałek przyległego gruntu i budować zakład na 40 łóżek. Ankieta przyjęła szkic wyrobiony przez prof. Dra Czyżewicza, obliczony na 80 łóżek i na podstawie tego szkicu polecono wyrobić plan i kosztorys, który opiewał na kwotę 111,707 zł. w. a. Dr. Czyżewicz dorobił do planów dokładny spis całego urządzenia wewnętrznego. Tak przygotowana sprawa weszła do Sejmu w roku 1874., który uchwalił odroczyć budowę zakładu położniczego. W roku 1875. weszła sprawa znów do Sejmu i znów uchwalono odroczenie budowy. W 1876. powtórzyła się ta sama historya i Sejm po raz trzeci odroczył budowę. Referentem w Sejmie był zawsze poseł Dr. Hoszard. Wskutek tego uchwalił Wydział krajowy nie wnosić więcej sprawy budowy zakładu położnic do Sejmu.

Odtąd minęło całych lat 13. Ciągłe nawoływania profesora położnictwa, Rady zdrowia, Dyrekcyi szpitala, który coraz to więcej przepełniony, koniecznie wymagał rozszerzenia, były daremne. Zakłady szpitalne nie miały wówczas uznania w sferach decydujących. Placu zakupionego na zakład położnic, co prawda, całkiem nieodpowiedniego, użyto na budynki administracyjne.

W roku 1884. wniósł Wydział krajowy sprawozdanie do Sejmu z projektem budowy skrzydła gmachu głównego. Sejm uchwalił w Październiku potrzebę tej budowy z przeznaczeniem na umieszczenie oddziałów chirurgicznego i położniczego i wyznaczył kredyt 65.000 złr. Wówczas już referentem sanitarnym i członkiem Wydziału był Dr. Hoszard. Wkrótce okazało się, że ta budowa nie pokryła potrzeb szpitala a umieszczenie zakładu położnic było bardzo niedostateczne i nieodpowiednie. W r. 1890. zażądał Wydział krajowy zakupna obszernego gruntu, do szpitala przylegającego, oraz przedłożył Sejmowi projekt zakładu położnic, wyrobiony na podstawie planu jeszcze z r. 1874., z kosztorysem żądającym 20.000 złr. na zakupno gruntu a 183.600 złr. na budowę. Stały referent sejmowy szpitala lwowskiego, poseł Marchwicki, przedłożył tę sprawę z wnioskiem zakupienia gruntu, co też Sejm uchwalił w Listopadzie 1890. Co do budowy zakładu położnic, w myśl wniosku referenta, zapadła uchwała, aby ją rozpocząć dopiero w roku 1892. a to z powodu, że przedłożone szkice i kosztorysy nie mogły stanowić dostatecznej podstawy do rozpoczęcia budowy już w roku 1891. i Wydział krajowy otrzymał polecenie, aby zwołał fachową komisyę lekarską do opracowania projektu zakładu położniczego. Komisya ta zwołaną została wedle wskazówek uchwały sejmowej i poleciła wyrobienie szkicu o systemie pawilonowym. Taki szkic o 4-ch pawilonach dla chorych, obejmujących położnictwo i ginekologię, opracował prof. Dr. Czyżewicz a przyjęto go w zasadzie. Z polecenia Dra Hoszarda opracowano drugi projekt o systemie korytarzowym, wedle wzoru zakładu położniczego w Bernie i ten przedłożono ankiecie, która oświadczyła, że projekt ten nie odpowiada celowi, atoli ze względu, że system pawilonowy wymaga więcej miejsca i kosztów a plac dla zakładu położnic zakupiony już w owym czasie miał mieścić i dwie kliniki fakultetu lekarskiego, którego kreowanie podówczas pewnem się stało, poleciła prof. Drowi Czyżewiczowi wyrobienie nowego projektu o systemie korytarzowym i dopiero mając oba przed sobą postanowiono ostatecznie zadecydować. Jednocześnie wybrano podkomitet z 5-ciu członków, który z gotowemi już wnioskami i szkicami miał rzecz przedłożyć. Wyrobił więc prof. Czyżewicz nowy szkic o systemie korytarzowym, który uwzględnił już i potrzeby kliniczne. Architektonicznie opracował ten szkic p. Braunseis a przyjęły go w całości podkomitet i komisya *ad hoc* ustanowione. Ten szkic jest w obecnym zakładzie położniczo-ginekologicznym najdokładniej przeprowadzony bez żadnej zmiany. Jest to system korytarzowo-pawilonowy, w którym wystarczający ryzalit przedstawia zupełnie oddzielny pawilon a dwa skrzydła, pod kątem prostym do traktu frontowego, na 100 metrów długiego przybudowane, stanowią odrębne dwa pawilony, z osobnemi klatkami schodowemi. W ten sposób ankieta powołana wywiązała się z swego zadania, szkic budynku zmienił c. k. radca budownictwa Braunseis w plan i kosztorys, który potrzebną kwotę obliczył na 245.000 złr. w. a. i te przedłożone zostały Sejmowi. Komisya budżetowa przydzieliła tę sprawę do referatu posłowi prof. Drowi Czyżewiczowi i jego referat przyjęła a Sejm 4. Kwietnia 1892 r. bez opozycyi zamienił wnioski w uchwałę swoją i kwotę 245.000 złr., na 3 lata rozłożoną, z funduszów krajowych na budowę zakładu położniczo-ginekologicznego wyasygnować polecił.

Po tej uchwale nie było żadnej przeszkody do rozpoczęcia budowy. W myśl wniosku komisyi budżetowej powołał Wydział krajowy komitet budowlany, który wybrał komitet ściślejszy i kierownictwo budowy poruczył p. radcy Braunseisowi.

Po oddaniu robót przedsiębiorcom wedle wniosku komitetu budowlanego, okazała się taka oszczędność od kwoty preliminowanej, że możliwem się stało dla nowego gmachu urządzić własną stacyę wodną z motorem benzynowym, windę hidrauliczną do transportu chorych w klatce schodowej, oraz 5 kaloryferów do ogrzania centralnego wszystkich korytarzy, klatek schodowych i większych ubikacyj dla chorych i celów klinicznych. Urządzenia te nie były projektowane z obawy podniesienia kosztów budowy, które mogły odstraszyć od jej zaczęcia. Stacya wodna centralna projektowaną była przez Wydział krajowy z kosztem 80.000 złr. i na wniosek referenta nie była przyjęta, gdyż wówczas niepodobna było jeszcze obliczyć wielkości dalszych budowli klinicznych i ilości potrzebnej dla nich wody. Weszła ona w uchwalone przez Sejm w r. 1895. budowle kliniczne i dom administracyjny (rft Dr. Czyżewicz) a tymczasem zakład położnic z oszczędności sam wybudował swoją stacyę wodną. Tylko nadzwyczajnej znajomości rzeczy, opartej na przeprowadzeniu kilku większych budowli rządowych, którą p. Braunseis okazał przy budowie, oraz sposobowi oddania robót, przy którym konkurencya między powołanymi przez Wydział krajowy przedsiębiorcami była możliwa, zawdzięczyć należy te znaczne oszczędności od kosztorysu, którego ceny jednostkowe z góry były już przyjęte niższe niż praktykowano. Tylko wzajemnemu doskonałemu zrozumieniu się między profesorem Drem Czyżewiczem a radcą Braunseisem i zaufaniu komitetu budowy, który wszystkie ich wnioski zawsze potwierdzał, przypisać należy, że gmach wypadł tak pięknie i tak odpo-

wiada wszystkim wymaganiom lekarskim. Całą część higieniczno-lekarską, począwszy od rozkładu, wielkości i wymiarów sal, aż do najdrobniejszych szczegółów urządzeń higienicznych i antyseptycznych, przeprowadzał prof. Dr. Czyżewicz, całe wykonanie budowlane ze zmysłem architektonicznym i najsubtelniejszem zrozumieniem żądań lekarskich p. radca Braunseis. W końcu trzeba było gotowy już prawie zakład i odpowiednio urządzić. Wydział krajowy wniósł więc sprawozdanie do Sejmu w r. 1894., żądające kredytu 22.500 złr. a Sejm taką kwotę uchwalił do wypłaty (rft Dr. Czyżewicz). Urządzenie to wewnętrzne, w którem znajduje się niemało całkiem oryginalnie obmyślonych przedmiotów, wykonał na podstawie podanych przez prof. Dra Czyżewicza rysunków, modeli i wyjaśnień z taką precyzyą, elegancyą i trwałością, prawie zupełnie miejscowemi siłami, świeżo mianowany p. rządca szpitala Jasiński, że nietylko zaszczyt mu to przynosi, ale zarazem okazał, jak świetnie potrafił przebyć pierwszą próbę w urządzeniu dużego szpitala, na swem miesiące dopiero zajmowanem stanowisku.

Budynek przedstawia się okazale; niema w nim żadnego zbytku i żadnej przesady, zato dużo, bardzo dużo świeżego powietrza i światła. Rozkład wewnętrzny jest w swoim rodzaju właściwy, gdyż obok najzupełniejszej separacyi oddziałów dla zakaźnych, można całą ilość 140 łóżek podzielić na same mniejsze, zupełnie skompletowane oddziałki, zaopatrzone we wszystkie potrzeby kompletnego oddziału szpitalnego. Sala wykładowa prosta, widna i obszerna a sala operacyjna, z dużem oknem o szybach lustrowych i prócz tego oświetlona z góry, chociaż nie wykończona, tak jest jasną, jak gdyby murów nie miała. Widok z niej przepyszny a kaloryfery doprowadzają dowolną ilość ciepłego powietrza, którą przy oglądaniu zakładu widocznie uwydatnić chciano, bo dopiero otwarte przez oprowadzającego wentyle wkrótce ciepłotę poniżej normalnej obniżyły. Słowem jest to budynek, który robi najprzyjemniejsze wrażenie i oby go tylko dwie kliniki, już obecnie budować się mające, zbytnio nie zasłoniły! Pawilon chirurgiczny w Krakowie i zakład położnic we Lwowie, których budowę Sejm galicyjski uchwalił na jednej sesyi i na przedstawienie tego samego referenta, to pierwsze dwa krajowe budynki szpitalne, które mogą iść w zawody z tego rodzaju budowlami zagranicznemi.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Marca 1895 r.

— W dniu 20. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Ludomił Korczyński przedstawił przypadek obrzęku śluzakowego (*myxoedema*) i przypadek kiły mózgu i rdzenia pacierzowego. W dyskusyi przemawiali koll. Gluziński, Korczyński starszy, Domański i prelegent.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza i św. Ludwika w dniu 18. Marca odbytem okazał 1) Dr. Krzyształowicz atlas spektroskopijny chorób skórnych i wenerycznych prof. Neissera; 2) Dr. Karpiński przedstawił sposób leczenia cierpień gruźliczych za pomocą przekrwienia biernego metodą Biera i okazał chorego tym sposobem leczonego; 3) Dr. Rutkowski objaśnił sposób znieczulania miejscowego według metody Schleicha; 4) Tenże przedstawił chorą operowaną z wynikiem korzystnym po wgłobieniu jelita biodrowego w jelito ślepe (*intussusceptio ileo-coecalis*) w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego; 5) Tenże okazał aparat ustalający Lorenza, stosowany w przypadkach gruźliczego zajęcia stawu biodrowego (*coxitis tuberculosa*).

— **Sprawozdanie Izby lekarskiej w Krakowie (z r. 1893. i 1894).** Izba lek. krakowska (zachodnio-galicyjska), powołana do życia reskryptem c. k. Namiestnictwa we Lwowie (z 8. Czerwca 1893 r.) obejmuje w swym okręgu miasto Kraków, dwa powiaty W. Księstwa krakowskiego i 29 powiatów zachodniej Galicyi, podzielonych na 7 grup wyborczych.

Do Izby tej należy 420 lekarzy, z nich 160 w Krakowie a 260 na prowincyi.

W Wydziale Izby zasiadają podczas obecnej (trzechletniej) kadencyi: Prezydent prof. Dr. Maciej Jakubowski, prof. Dr. H. Jordan, prof. Dr. J. Łazarski i Dr. St. Paszkowski, wszyscy z Krakowa, nadto Dr. Aureli Plech (jako wiceprezydent) z Jarosławia.

Na czterech pełnych posiedzeniach Izby prócz załatwienia wielu drobniejszych spraw

a) dokonano ukonstytuowania się Izby,

b) przyjęto regulaminy dla Izby jej Wydziału i Rady honorowej,

c) ułożono budżet w łącznej kwocie wydatków 1600 złr., na których pokrycie ustanowiono roczną wkładkę po 4 złr. od każdego z lekarzy do Izby należących,

d) przystąpiono do wieców Izb lek. Austryi, celem tem dosadniejszej obrony wspólnych interesów,

e) uchwalono wnieść podanie do c. k. Ministerstwa sprawiedliwości w sprawie taks sądowo-lekarskich,

f) wypowiedziano zapatrywania Izby w memoryale do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych co do rewizyi ustawy o kasach chorych,

g) postanowiono założyć przy Izbie kasę doraźnego wsparcia dla lekarzy (względnie ich rodzin) i rozpisać na ten cel (w r. 1895.) obowiązkową składkę roczną po 2 złr. od każdego z członków Izby.

W wypełnianiu swych zadań nie miała Izba należytego poparcia ze strony lekarzy, co pochodzi prawdopodobnie z niezrozumienia jej stanowiska lub z ociężałości. W sprawie n. p. tak żywotnej, jak sprawa kas chorych, w której Wydział odniósł się do ogółu z wezwaniem o nadesłanie opinij, zaledwo kilku lekarzy nadesłało odpowiedzi.

Zostawiona własnym siłom Izba załatwiła mimoto, już w tak krótkim czasie swego istnienia kilka wymienionych wyżej spraw wielkiej dla stanu lekarskiego doniosłości a w dalszym ciągu zapowiada nowe prace, jakoto w sprawie zniesienia obowiązku donoszenia Władzom o chorobach zakaźnych, w sprawie ustawy podatkowej, w kwestyi ułożenia etyki lekarskiej, w sprawie utworzenia kas wsparcia i emerytury dla lekarzy i t. d.

Strzegąc godności stanu lekarskiego Rada honorowa Izby była zniewoloną do przeprowadzenia śledztwa dyscyplinarnego w kilku przypadkach.

Dołączony do sprawozdania wykaz lekarzy, do okręgu krak. Izby lek. należących, obejmuje spis ich imienny z podaniem miejsca pobytu oraz zmiany w ich przesiedlaniu się i listę zmarłych kolegów.

Wreszcie w dodatku pomieszczono wszelkie akta i dokumenta władz, uchwały samej Izby i referaty w sprawach przez nią rozstrząsanych.

— Dr. Jan Landau w Wiedniu (IX. Mariannengasse 14.) zaproszony przez redakcyę *Therapeutische Wochenschrift* na sprawozdawcę z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, uprasza Szan. Kolegów autorów prac oryginalnych, szczególnie z zakresu terapii, o nadsyłanie odbitek z nich.

— Dr. Franciszek Michalik w Przemyślu, praktykujący w lecie w Krynicy, został zaproszony na członka korespondenta paryskiego Towarzystwa elektroterapeutycznego.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu orzekło na podstawie opinii najwyższej Rady lekarskiej, iż metody hidropatycznej Kneippa nie można uważać za metodę umiejętną, na rozumowych zasadach opartą i że przeto przy udzielaniu pozwolenia na zakłady hidropatyczne według metody Kneippa, której użycie zresztą zupełnie zostawia się uznaniu lekarza zakładowego, nie wolno tej metody wpisywać w koncesyę.

— Postanowieniem z dnia 22. z. m. rozporządziły austryackie ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu, że przesyłki surowicy swoistej przeciw błonicy, pochodzące z miejsc dozwolonych a w swym czasie ogłoszonych, wolne są całkiem od cła, jeżeli przychodzą bez żadnego pośrednictwa pod adresem aptek, naukowych zakładów wydziałów lekarskich i szpitali uznanych za publiczne. Przesyłki przychodzące pod adresem lekarzy lub osób prywatnych opłacają cło, jak od leków gotowych sprowadzanych z zagranicy.

— Fabryka w Höchst zniżyła od 5. b. m. począwszy ceny wyrabianej przez siebie surowicy swoistej przeciw błonicy a mianowicie kosztuje flaszeczka Nru 0 (z żółtą etykietą) zawierającego 200 jednostek normalnych antytoksyny 75 feników, Nru I. (z zieloną etykietą) z 600 jednostkami 2 marki, Nru II. (z białą etykietą) z 1000 jednostek $2^1/_2$ marki, Nru III. (z czerwoną etykietą) z 1500 jednostek antytoksyny $5^1/_2$ marki. Z tych cen odstępuje fabryka składom materyałów aptecznych 25% pod warunkiem, iż one znów opuszczą aptekarzom z tego 15%.

— **Posada.** Zarząd zakładu leczniczego w Jaworzu na Szląsku austryackim poszukuje lekarza dla zakładu i dóbr właściciela. Wymaga się znajomości języka polskiego i niemieckiego tudzież praktycznych wiadomości z hidroterapii i stopnia doktora wszech nauk lekarskich. Pensya stała 900 złr. i bezpłatne mieszkanie z opałem prócz honoraryum od gości w zakładzie leczących się. Zgłosić się należy pod adresem: Zarząd zakładu kąpielowego i uzdrowiska w Jaworzu (Ernsdorf) pod Bielskiem na Szląsku austryackim.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 11-tym. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych. A. Majewski. Wodniak niewieści (*hydrocele muliebris*) (dok.). H. Higier: O halucynacyach jednostronnych. Przyczynek do terapii i patogenezy złudzeń zmysłowych (dokończenie). W *Medycynie* Nrze 11-tym. F. Arnstein: O drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i o roli pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego. A. Winawer: Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy (dokończenie).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Na podstawie rozporządzenia Wys. Wydziału krajowego z dnia 8. Czerwca 1894 r. L. 27.235 i uchwały Wydziału powiatowego w Rohatynie z dnia 12. Lipca 1894. L. 1756. rozpisuje się niniejszem ponownie **Konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Podkamieniu powiat rohatyński**, który obejmować będzie 14 gmin z ludnością 10.556 głów.

Siedzibą lekarza będzie miasteczko Podkamień, a mianowany lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Ubiegający się o powyższą posadę, mają się wykazać:

1) prawem obywatelstwa austryackiego;
2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, uprawniającym do wykonywania praktyki;
3) przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim;
4) nieskazitelnym charakterem;
5) znajomością języków krajowych;
6) potrzebną zdatnością fizyczną.

Z powyższą posadą łączy się płaca roczna w kwocie 500 złr. i ryczałt na koszta podróży obowiązkowych w kwocie 200 złr. w. a.

Obowiązki lekarza okręgowego określa §. 14. rozporządzenia wykonawczego do ustawy z dnia 2. Lutego 1891. wydanego przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym (Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82. XXII).

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do Wydziału powiatowego w Rohatynie po dzień 15. Kwietnia 1895 roku.

Rohatyn dnia 6. Marca 1895 r.

73—1—1 ***Wydział powiatowy.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 30. Marca 1895 r. Nr. 13.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 6.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton str. [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Przyczynek do leczenia przykurczenia stawu barkowego.

Podał
Dr. E. Rościszewski.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 6. Lutego 1895).

Różnorodność przyczyn i stopnia przykurczeń stawu barkowego sprawiły, że i w celu leczenia ich używamy różnych sposobów.

W przypadkach nieznacznego przykurczenia należy próbować, czy ćwiczenie przez chorego w wykonywaniu ruchów czynnych i biernych, już to zapomocą odpowiednich przyrządów (Zaudera, Bardenheuera i t. d.), już to bez nich, nie wystarczy.

W celu leczenia przypadków cięższych podawano różne przyrządy, mające na celu powolne, ale stałe rozciąganie zrostów stawowych (Reibmayer, Hoffa i t. d), dalej gwałtowne rozrywanie zrostów w uśpieniu, a jeśli i to do celu nie prowadzi, pozostaje operacya krwawa. Albanese podał w tym celu osobną operacyę, polegającą na sztucznem utworzeniu nowego stawu w wysokości szyjki anatomicznej kości ramiennej.

Leczenie zapomocą ćwiczenia się w ruchach ze strony chorego tylko w przypadkach bardzo lekkich, tak co do objawów, jak i przyczyny przykurczenia prowadzi do celu.

Przyrządy rozciągające mają liczne złe strony. I tak: dla chorego jest chodzenie przez kilka tygodni a często i miesięcy, w przyrządzie bardzo niedogodne; przyrządy te są przytem dość skomplikowane, wykonanie ich trudne, tak, że w razie braku dobrego mechanika zupełnie z tego zrezygnować trzeba; wreszcie i skutek tego leczenia często zawodzi.

Rozrywanie forsowne zrostów w uśpieniu przedstawia zawsze dla chorego pewne niebezpieczeństwo. Nie mówiąc już o samem uśpieniu, to rękoczyn ten wywołuje zazwyczaj podrażnienie stawu i zamiast polepszenia, może sprowadzić pogorszenie. Do operacyi krwawej uciekamy się zwykle tylko w tych przypadkach, w których sama choroba tego wymaga, jak n. p. przy przykurczeniu powstałem wskutek zapalenia gruźliczego.

To też mając w ciągu ostatniego roku dwa przypadki znacznego przykurczenia stawu barkowego, nie mogłem się zdecydować na żaden z tych sposobów. Postanowiłem więc spróbować, czyby zapomocą masażu i odpowiedniego wykonywania ruchów biernych, przy równoczesnem działaniu na główkę kości ramiennej nie udało się osiągnąć dobrego skutku. Nim przystąpię do historyi chorób leczonych w ten sposób przypadków, pozwolę sobie opisać sam sposób wykonania.

Przed rozpoczęciem ruchów musimy zwrócić uwagę na mięśnie stawu barkowego i ramienia. Te są zwykle wskutek natężania ich przez chorego przy każdem usiłowaniu ruchu w stanie mocnego podrażnienia i naprężenia, bolesne i wskutek tego stawiają ruchom biernym silny opór. Usunąć to naprężenie i bolesność można za pomocą bardzo lekkiego masażu (*effleurage*). Objawy te ustępują i mięśnie poddają się łatwo wszelkim ruchom.

Skorośmy to uzyskali, przystępujemy do samych ruchów.

Trzy są ruchy, które wyrabiać musimy:

1) odprowadzenie ramienia ku zewnątrz (abdukcya), 2) przesuwanie ramienia po przedniej ścianie klatki piersiowej ku górze i wewnątrz, 3) obrót (rotacya) ku tyłowi i wewnątrz.

W tych granicach, w których te ruchy są możliwe, da się bez żadnych trudności wykonać ruch obrotowy i wszyst-

kie inne. Co się tyczy pierwszego, to wykonywa się go w sposób następujący: lekarz staje z tyłu chorego. Jedne rękę kładzie pod pachę w ten sposób, że palce stroną dłoniową dotykają wewnętrznej powierzchni ramienia, drugą zaś na górną część główki kości ramieniowej. Kończynę w łokciu zgiętą podtrzymuje asystent, i to jedną ręką łokieć, drugą przedramię. Obecnie lekarz rękę, która się znajduje pod pachą, przesuwa ku łokciowi na wewnętrznej stronie ramienia, starając się przytem ramię unosić nieco ku górze, drugą zaś za pomocą ruchów półkolistych uciska dłonią na główkę. W ten sposób da się kończyna o tyle unieść, o ile jej zrosty względnie nierówności w stawie na to pozwolą. Asystent ma za zadanie tylko ramię utrzymywać na tej wysokości, do której je lekarz podnosi, sam nie wykonywa żadnego ruchu. Skoro zrosty nie pozwalają na dalsze podniesienie ramienia, czuje to dobrze tak lekarz, jak i pacyent.

Pacyent, którego historyę choroby jako pierwszego przytaczam, będąc także lekarzem, dokładnie oznaczał to uczucie, twierdząc, że się zrost napina. Lekarz zaś czuje elastyczny opór, który przeciwdziała coraz to mocniej jego usiłowaniom. Wówczas bardzo powoli unosi się w wyżej podany sposób ramię jak można najwyżej a potem podtrzymując je, ręką na główce działającą główkę się silniej naciska. Pod wpływem tego nacisku zrost pęka, słychać zwykle wyraźne chrupnięcie w stawie i ramię natychmiast da się nieco więcej unieść w górę. Rękoczyn ten powtarza się na jednem posiedzeniu 3—4 razy, o ile choremu nie sprawia bólu lub zmęczenia. Po tym ruchu następuje ruch drugi: przesuwanie kończyny po przedniej ścianie klatki piersiowej ku górze i wewnątrz. Lekarz stoi znowu z tyłu chorego i postępuje tak samo, z tą tylko różnicą, że jedna ręka działa na tylnej stronie ramienia, unosząc je w ten sam sposób ku górze, druga zaś na przedniej stronie główki, starając się zwracać jej górną część ku tyłowi. Przy trzecim ruchu (obrót ku tyłowi i wewnątrz) staje lekarz z boku chorego i stara się jedną ręką na przedniej części ramienia zwrócić je w wskazanym kierunku, drugą zaś działając na tylnej części główki, zwrócić ją ku przodowi. Ręka spoczywająca na ramieniu działa zawsze, przesuwając się powoli od karku ku łokciowi; asystent przy tych wszystkich ruchach ma to samo zadanie, co przy pierwszym ruchu, t. j. tylko podtrzymywać kończynę.

Przy każdym z tych ruchów muszą ręce działać razem i wzajemnie się wspomagać; ręka spoczywająca na główce kości ramiennej ma równie ważne zadanie, jak ręka na ramieniu, obie muszą utrzymywać czucie, jeśli się tak można wyrazić, między sobą. Tylko tak jest wykonanie tych ruchów w sposób łagodny, dla chorego niebolesny, stawu niedrażniący, mozliwem.

Skoro te ruchy już wykonano, ujmuje lekarz jedną ręką za łokieć, drugą stara się ustalić łopatkę i wykonywa kończyną ruch obrotowy, który w odpowiednim do tamtych zakresie zupełnie łatwo da się wykonać.

Przy całej tej czynności nie powinien chory uczuwać żadnego bólu, w przeciwnym bowiem razie może wystąpić zadrażnienie stawu i skutek wręcz przeciwny. Skoro chory uczuje lekki ból, należy natychmiast zaprzestać i dalszą pracę odłożyć do następnego dnia.

Początkowo zwykle tylko małe bardzo rezultaty można osiągnąć na jednem posiedzeniu, powoli dopiero udaje się otrzymywać coraz to większe ruchy. Po każdem posiedzeniu chory zawiesza rękę na chustce (*mitella*) i pozostawia ją w zupełnym spokoju do dnia następnego; dopiero gdy bolesność w stawie i mięśniach ustąpi zupełnie i ruchy są już dość znaczne, można choremu pozwolić na ostrożne ruchy czynne.

Co się tyczy mięśni zanikłych, względnie zapalnie naciekłych, jak w drugim przypadku, to staramy się je za pomocą masażu doprowadzić do prawidłowego stanu, co się udało w obu przypadkach. Obydwa w ten sposób leczone przypadki różnią się od siebie tak co do przyczyny przykurczenia, jak i objawów.

Przypadek pierwszy tyczy się chorego lat około 40 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego. Chory ten, jadąc na rowerze, przewrócił się tak nieszczęśliwie, że złamał kość ramieniową lewą w części torebką stawową objętej. Założono odpowiedni opatrunek i kość zrosła się zupełnie dobrze, jednakże chory miał po zdjęciu opatrunku (w 5 tygodni po złamaniu) ruchy w stawie barkowym znacznie upośledzone. Odprowadzenie ramienia (abdukcya) było możebnem tylko o tyle, że łokieć od klatki piersiowej oddalał się na szerokość 4-ch palców, tak samo przy ruchach naprzód i w tył łokieć się poruszał tylko w zakresie kilkunastu cm. Naturalnie mówię tu o ruchach przy ustaleniu łopatki. Każdy ruch sprawiał mocny ból. Mięśnie ramienia nieco cieńsze, niż po stronie zdrowej, w dolnej części mięśnia trójkątnego guz twardy, bolesny, wielkości orzecha włoskiego, pozostały po mocnem stłuczeniu.

Tak znaczne upośledzenie ruchów, jakoteż sam rodzaj złamania, wskazywały, że przyczyną przykurczenia nie jest unieruchomienie stawu w opatrunku, tembardziej, że nie trwało ono zbyt długo, lecz zmiany w samym stawie, że pochodzi ono z powodu wytworzenia się nadmiernej kostniny w miejscu złamania, t. j. w części kości ramiennej torebką stawową objętej, tudzież zrostów w stawie powstałych.

Po zastosowaniu masażu i wyżej podanego leczenia chory ten po dwumiesięcznej kuracyi wrócił do zupełnego zdrowia, kończyna porusza zupełnie prawidłowo, bólów, ani osłabienia przytem nie doznaje. Od ukończenia leczenia upłynął już rok i stan jest ciągle prawidłowy.

W miesiąc po ukończeniu kuracyi u tego chorego zgłosił się do mnie pacyent lat około 50 liczący, który przed rokiem dostrzegł, że mu trudno w stawach barkowych poruszać obu kończynami górnemi. Przypisywał to reumatyzmowi i stósował rozmaite środki, jak kąpiele siarczane, nacierania i t. d., wszystko bez skutku. Cierpienie postępowało coraz to dalej, wreszcie przykurczenie było tak znaczne, że nie mówiąc już o ruchach więcej złożonych, nie mógł sam zdejmować ze siebie paltota już rozpiętego. Badałem go pierwszy raz razem z Prof. Dr. G l u z i ń s k i m, który był tak łaskaw i później co tydzień przekonywać się naocznie o postępach leczenia. Badanie wykazało: Mężczyzna dobrze zbudowany, o mięśniach jednak wiotkich, skóra mało elastyczna, podściółka tłuszczowa bardzo słabo rozwinięta, cera żółta. Okolice stawów barkowych znacznie zniekształcone, kości stawowe okazują nierówności, polegające na niejednostajnem ich zgrubieniu. Mięśnie w okolicy stawów zanikłe, za dotknięciem bolesne, wzdłuż mięśni ramiennych aż blisko do łokcia można wymacać twarde nacieki zapalne. Ruchy tak czynne, jak bierne ramieniem prawem o tyle mo-

żebne, że łokieć poruszał się w zakresie około 10 cm., w stawie barkowym lewym ruchy ledwo wykazalne, przykurczenie tak znaczne, że je prawie zesztywnieniem nazwać można. Wszelkie ruchy bardzo bolesne.

Powolne, ale ciągłe zwiększanie się choroby, wiek chorego, tudzież znaczne zniekształcenie kości stawowych wskazywały, że rozchodzi się tu o poważne cierpienie, mianowicie zapalenie zniekształcające (*arthritis deformans*) w obu stawach barkowych. Wobec tego nie rokowaliśmy sobie wiele z leczenia. Ponieważ jednak chory domagał się koniecznie jakiejś rady, postanowiliśmy spróbować mu dopomódz za pomocą leczenia w pierwszym przypadku tak pomyślnym skutkiem uwieńczonego. Tem większą była nasza radość, gdyśmy się przekonali, że i w tem tak uporczywem, zwykle mimo wszelkiego leczenia, postępującem cierpieniu, udało się uzyskać dobry skutek. Po trzechtygodniowem leczeniu ustąpiły bóle i nacieki z mięśni, ruchy w stawach się zaczęły powiększać, a po czterech miesiącach chory uzyskał ruchy tak znaczne, że może wykonywać wszelkie zwykłe czynności, bólów żadnych przytem nie doznaje i jest z stanu swego zupełnie zadowolony.

Nie udało się wprawdzie otrzymać ruchów zupełnie prawidłowych, jak w pierwszym przypadku, ale wobec tego, że przyczyną przykurczenia była choroba tak ciężka, trzeba i ten wynik nazwać korzystnym. Od ukończenia leczenia upłynęło dziesięć miesięcy i stan ten korzystny utrzymuje się ciągle, ani bóle nie powracają, ani ruchy uzyskane nie ulegają żadnemu zmniejszaniu się.

Jak więc widzimy, można za pomocą tego sposobu, którego wykonanie przy niejakiej wprawie nie jest trudnem, a który ma i tę wielką zaletę, że lekarz nie potrzebuje do niego niczego prócz swych własnych rąk, a chorego nie naraża na żadne niebezpieczeństwo, uzyskać wynik dobry nawet w przypadkach bardzo ciężkich nietylko pod względem objawów, ale także i przyczyny cierpienia.

Nie chcę i nie mogę twierdzić na podstawie szczupłej liczby dwóch przypadków, że każde przykurczenie stawu barkowego da się w ten sposób wyleczyć, ale jeden wniosek wydaje mi się słusznym, t. j., że w każdym przypadku powinniśmy ten sposób zastosować, a dopiero gdybyśmy za pomocą niego nie mogli osiągnąć skutku korzystnego, przejść do innych.

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

b) Przypadki w których podawano cukier w celu wzmocnienia słabych bólów w drugim okresie porodowym.

1) H. G., lat 24. Nr. prot. 227. Ciąża I miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Bóle bardzo słabe od początku porodu. Dnia 27. Kwietnia o godz. 3. po południu przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, pękł pęcherz płodowy. Do godz. 7. wieczór główka nie zstąpiła niżej, podano zatem 100 grm. cukru, po kwadransie wystąpiły silne bóle i o godz. 8. wieczór urodziła córkę żywą, niedonoszoną. W dniu 28. Kwietnia wykazano w moczu cukier, 29. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie wykazano. W połogu powstało owrzodzenie przy wejściu do pochwy, zresztą połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 37. Nr. prot. 286. Ciąża VII. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu cukru ani białka nie ma. Przyszła na oddział 2. Czerwca przed południem po pęknięciu pęcherza płodowego z główką w pochwie. O godz. 3. po południu małe przedgłowie, bóle słabe; o godz. $5^1/_2$ po południu przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle słabe. Przed godz. 6-tą wieczór podano 100 grm. cukru, w kwadrans potem wystąpiły dość silne bóle i o godzinie $6^1/_2$ wieczór urodziła syna żywego. Badanie moczu dnia 2., jak również i 3. Czerwca białka ani cukru nie wykazało. Połóg prawidłowy.

3) M. M., lat 25. Nr. prot. 269. Ciąża I. miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy. D. S. = 24. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18 cm. W moczu białka ślad, cukru nie ma. Pierwsze bóle 23. Czerwca rano. 24. Czerwca rano przy ujściu na talar pękł pęcherz, główka we wchodzie. O godzinie 7. wieczór główka ciągle we wchodzie, przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle dość dobre, lecz rzadkie. O godz. 7. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz. 8. jeszcze 50 grm. bóle silniejsze wystąpiły, o godz. 9. podano 50 grm. Badanie wówczas wykazało ujście zupełnie rozwarte, główka największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, o godzinie 10. znów 50 grm. cukru, główka zstąpiła do próżni; ponieważ bóle nieco osłabły, przeto około godz. $10^1/_2$ podano rodzącej jeszcze raz 50 grm. cukru. O godzinie 11. w nocy urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 25. Czerwca w moczu sporo cukru, 26. Czerwca cukru tylko ślad, białka nie ma, 27. Czerwca w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

4) M. C., lat 30. Nr. prot. 329. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad mały, cukru nie ma. Pierwsze bóle 2. Lipca w nocy. Dnia 2. Lipca o godz. 8. wieczór główka w pochwie, bóle bardzo słabe, do godz. 10. w nocy poród nic nie postąpił. Przed godz. 11. w nocy dostała 100 grm. cukru a o godz. $11^1/_2$ podano jej 75 grm., wystąpiły bóle silniejsze i przed godz. 12. w nocy urodziła córkę żywą, ważącą 4200 grm. Dnia następnego w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

5) A. N., lat 25. Nr. prot. 366. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad, cukru nie wykazano. Pierwsze bóle 20. Lipca po południu. Przyszła z główką w pochwie 21. Lipca rano, przy bólu główka pokazuje się ze szpary sromowej, bóle słabe, przedgłowie nie wielkie, tętno płodu dobre. O godz. 5. rano podano 50 grm., za pół godziny jeszcze raz 50 grm. cukru, bóle silniejsze w 30 minut po podaniu pierwszej dawki, o godzinie 6. rano urodziła syna żywego, który ważył 4300 grm. Dnia 21. Lipca przed południem w moczu białka ślad, cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) A. K., lat 23. Nr. prot. 391. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy D. S. = 23. D. C. = 26. D. T. = 30. *Conj. extr.* = $17^1/_2$ cm. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 3. Sierpnia w południe. Dnia 4. Sierpnia o godz. 6. rano pęcherz pękł przy ujściu prawie całkiem rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godz. 10. przed południem główka nic zstąpiła niżej, tworzy się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. cukru, w kwadrans potem bóle wystąpiły silniejsze, o godz. $10^1/_2$ podano jeszcze 50 grm. a o godz. 11. jeszcze raz 50 grm. cukru. Bóle silne i wydatne wystąpiły i o godzinie $11^1/_2$ przed południem urodziła syna żywego. Dnia 4. Sierpnia w moczu spory ślad cukru, 5. Sierpnia białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) T. K., lat 20. Nr. prot. 433. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. W moczu ślad białka, cukru nie ma. Pierwsze bóle 31. Sierpnia wieczorem. 1. Września o godzinie 4. po południu pękł pęcherz przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, bóle słabe i nie częste. O godz. 7. wieczór główka pokazuje się ze szpary sromowej przy bólu. Do godziny 9. wieczór stan ten sam, tylko wytworzyło się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. a za pół godziny znów 50 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godzinie 10. wieczór urodziła się córka żywa. W dniu 2. Września w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

8) M. H., lat 43. Nr. prot. 347. Ciąża XI., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka śladzik, cukru nie ma. Pierwsze bóle 5. Września rano. O godz. 3. po południu pękł pęcherz przy ujściu rozwartem prawie zupełnie, bóle słabe. O godzinie 7. wieczór główka w pochwie, bóle zupełnie prawie ustały, o godz. $9^1/_2$ wieczór stan ten sam, bólów nie ma, podano 100 grm. cukru a o godzinie 10. wieczór 50 grm., wystąpiły bóle silne i o godz. $10^1/_2$ wieczór urodziła córkę żywą. Dnia 6. Września rano w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

9) M. K., lat 21. Nr. prot. 348. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 26. Września wieczór. 27. Września o godz. 2. po południu pękł pęcherz przy ujściu prawie zupełnie rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godz. 9. wieczór główka nie obniżyła się, tylko wytworzyło się przedgłowie, podano rodzącej 75 grm. cukru. O godzinie 10. wieczór podano 75 grm., wystąpiły bóle bardzo silne, poczem główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się, o godz. 11. wieczór podano jeszcze raz 75 grm., wystąpiły silne bóle szybko po sobie następujące i o godz. 11. w nocy urodziła córkę żywą, której ciężar ciała wynosił 4000 grm. przeszło. W dniu 28. Września wykazano w moczu białka ślad i obecność cukru. 29. Września w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

10) F. K., lat 18. Nr. prot. 508. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., nie ukończony, położenie płodu czaszkowe I. Wychudnienie znaczne, ścieśnienie miednicy D. S. = 23. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. Mocz prawidłowy. Pierwsze bóle 16. Października wieczór. 18. Października rano ujście zewnętrzne na srebrny reński, pęcherz stoi, główka we wchodzie miednicy. O godzinie 2. po południu pękł pęcherz. O godzinie 6. wieczór ujście prawie zupełnie rozwarte, główka szczytem w próżni, przedgłowie bardzo duże, bóle słabe i rzadkie; podano zatem 75 grm. cukru a o godz. $6^1/_2$ wieczór jeszcze raz 75 grm., zaraz wystąpiły silne bóle i o godz. 7. wieczór urodziła syna żywego. Dnia 19. Października badanie nie wykazuje cukru w moczu. Połóg prawidłowy.

11) F. T., lat 35. Nr. prot. 443. Ciąża II., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Pierwszy poród ciężki, ukończony za pomocą kleszczy, płód wydobyty miał być duży, lecz nie żywo urodzony. Wymiary miednicy: D. S. = 26. D. C. = 27. D. T. = 31. *Conj. extr.* = 19. W moczu białka ani cukru nie znaleziono. Pierwsze bóle 19. Października wieczorem. Dnia 20. Października rano badanie wykazało ujście rozwarte na talar, pęcherz pękł, główka nie ustalona nad wchodem. Bóle słabe i nie częste. O godzinie 12. w południe, przedgłowie dość wielkie, ujście prawie zupełnie rozwarte, główka wparta do wchodu, bóle słabe, podano zatem 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silniejsze, o godzinie 1. w południe podano znów 75 grm. a o godz. 2. po południu jeszcze raz 75 grm. Po godz. 2. główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się znacznie a o godz. $3^1/_2$ po południu urodziła się córka żywa, której ciężar ciała dochodził do 4000 grm., kości czaszki twarde, niepodatne. Bóle silne i wydatne utrzymywały się do końca porodu. Dnia 21. Października badanie moczu nie wykazało białka, cukru zaś tylko ślad. 22. Października w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

A zatem podawano cukier w celu wzmocnienia bólów porodowych w drugim okresie sześciu pierwiastkom a pięciu wieloródkom. Rozpoczynano doświadczenia przy ujściu zupełnie lub prawie zupełnie rozwartem, sześć razy przy ustawieniu główki niskiem (w pochwie), pięć razy zaś przy ustawieniu główki we wchodzie miednicy i objętej ścianami szyjki macicy (ustawienie wysokie). W przypadkach, gdzie główka płodu była ustawioną nisko, od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu potrzeba było w jedym przypadku (2-gi) pół godziny, w czterech (przypadek 1-szy, 4-ty, 5-ty i 7-my) godzinę a w jednym przypadku (8-my) półtorej godziny, średnio zatem potrzeba było jednej godziny. Z tych sześciu przypadków w czterech (1-szy, 2-gi, 5-ty i 7-my) podano ogółem po 100 grm., w jednym (przypadek 8-my) podano 150 grm. a w jednym (4-ty) przypadku 175 grm. cukru.

W przypadkach, gdzie główka płodu była we wchodzie miednicy, potrzeba było od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu w jednym (10-ty) przypadku przeszło godziny, w jednym (9-ty) dwóch i pół godziny, w jednym (3-ci) trzech a w jednym przypadku (11-ty) trzech i pół godziny, średnio zatem potrzeba było $2^1/_3$ godzin. W dwu przypadkach (6-ty i 10-ty) podano ogółem po 150 grm., w dwu (9-ty i 11-ty) po 225 grm. a w jednym (3-ci) 250 grm. cukru.

Z tych jedenastu przypadków tylko w jednym (przypadek 3-ci) wykazano cukier w moczu po porodzie przez dwa dni z rzędu, w czterech przypadkach (1-szy, 6-ty, 9-ty i 11-ty) wykazano cukier w moczu tylko w przeciągu pierwszych 24 godzin, w sześciu zaś wcale cukru w moczu nie znaleziono.

W powyż opisanych przypadkach wobec słabych bólów stosunkowo do przezwyciężyć się mającej przeszkody czekano dłuższy lub krótszy czas na pojawienie się silniejszych bólów a więc na samoistne mogące wystąpić wzmocnienie bólów i dopiero wtedy, gdy one nie zwiększały się, podawano cukier.

Jak z opisu wynika, silniejsze bóle występowały najczęściej w 15 do 30 minut po podaniu cukru, nieraz jednak potrzeba było, gdy pierwsza nie skutkowała, podać drugą dawkę dla wywołania większych bólów. Z porównania zaś wynika, że gdy średnio potrzeba było godziny i około 125 grm. cukru do ukończenia porodu przy ustawieniu główki niskiem, to przy ustawieniu główki wysokiem potrzeba było średnio $2^1/_3$ godzin czasu i podania około 200 grm. cukru. Jeżeli rodząca ma bóle parte, to potrzeba stosunkowo mniejszej ilości cukru do rychłego skutku a to z powodu, iż przy bólach partych znaczną rolę odgrywa siła tłoczni brzusznej polegająca na działaniu mięśni dowolnych. Ponieważ zaś cukier użyty wewnętrznie działa pobudzająco na mięśnie, przeto równocześnie ze zwiększeniem się skurczów macicy zwiększa się wydatnie i działanie tłoczni brzusznej.

Oprócz powyż opisanych próbowałem podawać cukier jeszcze w sześciu przypadkach słabych bólów porodowych u rodzących, jednak po zażyciu już małej dawki (50 do 100 grm.) dwie z nich dostały nudności i wymiotów, inne zaś nie chciały w żaden sposób zażyć drugiej dawki, twierdząc, iż mają nudności i słodyczy nie znoszą. Działania wzmacniającego bóle w tych przypadkach nie było żadnego. Sądzę jednak, iż przypadków tych nie można uważać za

takie, w których cukier nie działał i okazał się bezskutecznym a to z powodu, iż w dwu z nich prawie cała dawka cukru została zaraz wydalona z ustroju (wymioty), w dalszych zaś czterech dawka podana mogła być dla tych osób za słaba do wywołania pożądanego skutku.

Tu chciałbym na ważną, mojem zdaniem, okoliczność zwrócić uwagę, oto że robiąc te doświadczenia, przekonałem się, iż u osób, które znoszą dobrze większe dawki cukru, które twierdzą, że im podane lekarstwo smakuje, taka sama dawka cukru działa silniej i prędzej aniżeli u osób, które się wypraszają od większych ilości cukru, pytanie jednak dlaczego? To pewna, że gdy rodząca niechętnie zażywa cukier, to naprzód można powiedzieć, iż w tym przypadku potrzeba będzie dużej dawki do wzmocnienia bólów, znacznie większej, aniżeli u drugiej, której cukier smakuje.

W celu wzmocnienia skurczów macicy w trzecim okresie porodowym cukru nie podawano a to z powodu niewypróbowanego i słabego działania a wreszcie, iż w trzecim okresie przy atonii macicy nie ma czasu na doświadczenia, zwłaszcza wobec obfitego krwawienia. Jeżeli jednak zważymy, iż u osób rodzących z bólami słabymi bardzo często występuje w trzecim okresie niedowład mięśnia macicy a w przytoczonych opisach 25-ciu przypadków nie znajdujemy nigdzie nawet wzmianki o atonii macicy w trzecim okresie, to przypuścić musimy, iż działanie cukru wzmacniające skurcze macicy rozciąga się także i na trzeci okres porodowy; trudno bowiem przypuścić, aby na 25 przypadków gnuśnej macicy wśród porodu, nie wystąpiła kilka przynajmniej razy wybitniej atonia macicy w trzecim okresie lub też po ukończeniu porodu, objawiająca się n. p. silniejszym krwotokiem. Jeżeli zaś to nasze przypuszczenie byłoby usprawiedliwione, w takim razie korzystnem byłoby podawanie niewielkich dawek cukru przy końcu porodu u osób, u których obawiamy się niedowładu macicy, gdyż w każdym razie podanie cukru w niewielkiej ilości ani matce ani dziecku zaszkodzić nie może a w pewnych przypadkach mogłoby zapobiedz wystąpieniu atonii macicy.

Bóle po podaniu cukru silniej występujące nie tracą w niczem swojego charakteru, są zupełnie takie same, jak prawidłowe silne bóle porodowe, nawet po podaniu większych dawek nie są wcale kurczowe, lecz zwiększając się powoli dosięgają pewnej granicy i znów powoli słabną w pewnych odstępach czasu rytmicznie. Ta własność cukru nie zmieniania typu bólów porodowych, lecz tylko ich wzmacniania, nadaje mu wyższość nad wszystkimi dotychczas używanymi środkami, pewność zaś, że nawet dość znaczne ilości cukru nie są szkodliwe ani dla matki ani dla płodu, pozwala na stosowanie go bez obawy u osób zupełnie zdrowych.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy *(trachoma).*

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Po raz pierwszy widziałem i sam zacząłem stosować tę metodę w klinice prof. F u c h s a. Postępowanie jest bardzo proste, łatwe i nie wymaga żadnej szczególnej zręczności ani ćwiczenia, co uważam za szczególniejszą zaletę tej metody, gdyż łatwo stać się ona może, jak na to zasługuje w zupełności, wspólną własnością wszystkich praktykujących lekarzy i niespecyalistów, co w naszych, zwłaszcza wschodnio-galicyjskich stósunkach, jest rzeczą wielkiej wagi. Stósując ją, należy atoli pilną zwrócić uwagę szczególnie na dwie okoliczności — po pierwsze, aby pocierając, dotrzeć do wszystkich zaułków worka spojówkowego, co nawet bez wszelkich narzędzi, trzymając wacik palcami, łatwo osięgnąć a powtóre, umieć zastosować siłę, z jaką pocieramy, i tęgość rozczynu do danego przypadku. W pierwszym tygodniu wycierań, które z początku stósujemy codziennie, zabarwia się wacik różowo krwią, z przedartych powierzchownych naczyń pochodzącą i to do pewnego stopnia jest pożądanem, a stanowi zarazem wskazówkę, że silniej pocierać nie wolno. Jeśli przekroczymy tę granicę, ujrzymy nazajutrz całą powierzchnię spojówki, a zwłaszcza te miejsca, gdzie ucisk silniej zadziałał, pokryte szarą błonką, po której odciągnięciu występuje lekkie krwawienie, a czasem powieki obrzmiałe i mniej lub więcej wybitne zadrażnienie oka. W tym przypadku należy kilka dni przeczekać i ograniczyć się tylko do przemywania spojówki kilka razy na dzień lekkim rozczynem sublimatu i do zimnych okładów, jeśli one choremu są przyjemne. Po ustąpieniu błonki, rozpoczynamy znowu wycieranie, lecz, nauczeni poprzedniem doświadczeniem, wykonywamy je z początku oględniej, zwiększając dopiero z dnia na dzień siłę, z jaką pocieramy. Co się tyczy tęgości rozczynu sublimatu, także musimy ściśle stósować się do danego przypadku. Zazwyczaj rozpoczynamy od rozczynu 1:5000. Jeśli chory dobrze to znosi, możemy bez obawy przejść do 1:1000. Skoro jednak dostrzeżemy, że po wytarciu sublimatem 1:5000, oko na drugi dzień jest podrażnione, przechodzimy do lżejszych rozczynów n. p. 1:10.000, lub nawet do wody destylowanej a niejednokrotnie przekonamy się, że to nie tylko wystarczy, lecz nawet sprawę stopniowo i dość szybko poprawi. Nie zawadzi wtrącić tu uwagę, że chcąc się przekonać, czy i o ile sublimat, jako taki, wpływa na leczenie, pocierałem, w przypadku obustronnej jaglicy mniej więcej równego stopnia, jedno oko sublimatem 1:1000, drugie przekroploną wodą i dostrzegałem na obu oczach poprawę, nie równym jednak krokiem postępującą. Przodowało zawsze oko wycierane sublimatem. To spostrzeżenie zrobił M a r c z e l F a l t a, twierdzi jednak, że o ile powolniejszem jest leczenie wodą, o tyle za to trwalszem. Ja tego nie dostrzegłem. Ztąd wniosek, że czynnikiem głównie działającym jest *massage,* pocieranie, sublimat zaś środkiem pomocniczym, potęgującym i przyspieszającym działanie pierwszego. Zdarzają się jednak przypadki, choć bardzo rzadko, że chorzy zupełnie wycierania nie znoszą, nawet wodą destylowaną. Po każdem posiedzeniu wytwarza się tak znaczne zadrażnienie, łzawienie, światłowstręt, obrzmienie powiek, że samo z siebie wynika zaniechanie wycierań. Na blisko 1.200 chorych, tym sposobem leczonych, spostrzegałem to w 6 przypadkach; z tych w trzech, przyczyną tych objawów było wystąpienie drobnych nacieków w rogówce. Czasem u osób zupełnie dobrze znoszących wycierania sublimatem, występuje przy dłuższem ich stósowaniu zaostrzenie się sprawy nieżytowej, zwiększenie wydzieliny, rozpulchnienie błony śluzowej i t. p. bez żadnych powikłań rogówkowych. Wówczas

należy te objawy usunąć zapomocą azotanu srebrowego, następnie przystąpić do dalszych wycierań. Aby tego uniknąć, najlepiej jest po 4—6 po sobie następujących wycieraniach, 1—2 razy zakroplić azotan srebrowy, nie czekając na objawy wzmagania się nieżytu. Z drugiej znów strony przytoczyć należy, że w przypadkach, gdzie chorzy bezwarunkowo nie znoszą, ani azotanu srebrowego, ani siarkanu miedziowego, pocieranie wacikiem sublimatowym znakomite oddaje usługi, a chorzy natarczywie się o nie dopominają. Z wielu, przytoczę tylko jeden przypadek jaglicy w okresie zbliznowacenia, gdzie ani jednego ziarna wykryć nie było można, a cała powierzchnia spojówki, ze skróconym załamkiem była gładką i lśniącą. W powierzchownych warstwach rogówki, punkcikowate, rozsiane nacieki. Źrenica wąska, na atropinę bardzo mało wrażliwa. Tęczówka przekrwiona. Wydzielina bardzo skąpa, natomiast obfite łzawienie i światłowstręt. Kiedy leczenie atropiną, kokainą, słabym roczynem sublimatu (1:10.000) i kw. borowego, żadnego w ciągu dwu tygodni nie odnosiło skutku, a azotan srebrowy sprowadzał pogorszenie, zastosowałem wycieranie sublimatem 1:5.000 — i w ciągu tygodnia nastąpiła znaczna poprawa, do trzech tygodni zupełne wyleczenie.

Korzyść tego sposobu postępowania, które lud nasz ochrzcił mianem „wycirka“, po rusku „wytyrka“, są następujące: 1) Łatwość zastosowania. 2) Ból trwa tylko podczas wycierania. Po kilkuminutowym odpoczynku, chorzy bez dolegliwości odchodzą do domu i mogą pracować. Do pieczenia wywołanego sublimatem, chorzy łatwo przywykają. 3) Możność stopniowania działania. 4) Niewątpliwe i znaczne skrócenie czasu leczenia. 5) Nader korzystny wpływ na powikłania ze strony rogówki. 6) Blizny po wyleczeniu pozostałe są drobne, cienkie, miękkie i podatne, a ztąd nie wpływają niekorzystnie na ustawienie powiek.

Aby zrozumieć to korzystne działanie wycierań, należy zważyć, że poprzedziło je wyciśnięcie powierzchownych ziarn jagliczych, a powtóre, że działają one w trzech głównie względach: naprzód, mechanicznie usuwają pozostałe ewentualnie po wyciśnięciu ziarna lub resztki ich powierzchownie leżące, dalej, przez ucisk i masowanie zmuszają głębsze nacieki w spojówce i chrząstce umieszczone do wessania, a wreszcie działają zabójczo na mikroorganizmy chorobotwórcze, które acz z niewzruszoną pewnością dotychczas nie wykazane (Michel, Sattler, Noiszewski ii.), bądź co bądź istnieć muszą. Ten ostatni wzgląd odpada naturalnie przy pocieraniu wacikiem napojonym przekroploną wodą i w tem prawdopodobnie należy szukać przyczyny jego powolniejszego działania.

Wycierań sublimatowych można używać, we wszystkich okresach i formach jaglicy, z wyjątkiem jaglicy ostrej, w której także wszelkie zabiegi operacyjne uważamy za przeciwskazane. W tych przypadkach znakomite oddaje usługi *lapis* energicznie stosowany, częste obmywanie i zapuszczanie lekkich roczynów sublimatu i zimne okłady; dopiero zaś po ustąpieniu wydzieliny i wogóle przypadów ostrych, z bardzo dobrym skutkiem przejść możemy do wycierań.

W niektórych przypadkach przewlekłej jaglicy uda nam się, postępując według wyżej opisanych zasad, osięgnąć zupełne wyleczenie. W innych utrzymujący się jeszcze przerost spojówki wymagać będzie dalszego leczenia. Teraz wchodzi w swoje prawa stare *cuprum sulfuricum*, którem lekko tylko codziennie pocieramy spojówkę, albo też mięszanina Wicherkiewicza, kw. boro-taninowy, który zazwyczaj kończy leczenie. Najstosowniej używać go w połączeniu z mięsieniem spojówki, co bardzo korzystnie wpływa na jej ścieńczenie. W tym celu zasypujemy pędzelkiem lub rozpylaczem dość grubą warstwę proszku na odwrócone i oczyszczone poprzednio powieki; palec duży lewej ręki układamy na brzeg odwróconej powieki górnej, prawym zaś utrzymujemy powiekę dolną, którą, jako więcej ruchomą, pocieramy, przy użyciu miernego ucisku, powiekę górną i to we wszystkich kierunkach, podchodząc raz głęboko w górny załamek, to znów na spojówkę chrząstkową. W ten sposób możemy wszystkie kąciki i zaułki worka spojówkowego wymasować dokładnie. Sądzę, że postępując w ten sposób, możemy zupełnie dobrze obejść się bez przyrządu, który zbudował i którego używa do masowania spojówki Ottava[25]). Jest to płytka, sporządzona ze złego przewodnika ciepła, przypominająca kształtem płytkę Jaegerowską. Szerokość jej na jednym końcu wynosi 12 mm., na drugim 9 mm. Powierzchnia wypukła szerszego końca, jest podłużnie karbowana. Postępowanie Ottavy polega na masowaniu zapomocą tego przyrządu spojówek w całej ich rozciągłości, co wykonywa bez poprzedniego wygniecenia ziarn, (które jednak przy masowaniu ulegają zmiażdżeniu) i na pomazywaniu spojówki azotanem srebrowym, sublimatem lub siarkanem miedziowym. Ottava chwali sobie bardzo wyniki tym sposobem osiągnięte a korzyści z niego widzi w tem, że obok łatwości wykonania, jest to zabieg najwięcej ze wszystkich zachowawczy, że wpływa nietylko na powierzchowne, ale i głębsze nacieki i zmusza je do wessania, a wreszcie, że blizny pozostałe są bardzo miękkie i podatne, tak, że u chorych tą metodą leczonych, nigdy się nie wytwarza podwinięcie powiek. Zasada postępowania Ottavy jest w istocie rzeczy ta sama, co i nasza, forma tylko odmienna i wierzę, że tym sposobem (choć sam nigdy go nie stosowałem) można osięgnąć również dobre wyniki.

Chcąc dać wierny obraz przedmiotu tutaj nas zajmującego, nie wypada pominąć milczeniem usiłowań Drausarta leczenia rozmaitych form jaglicy zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań sublimatu 1:1000. Pomijając ogromną bolesność przy zastrzykiwaniu, sprawiają one „straszliwą“ (jak sam Drausart przyznaje) chemozę i obrzmienie powiek, zawsze jednak, zdaniem jego, sprowadzają korzystny wynik. Po każdem zastrzyknięciu szczotkuje Drausart energicznie spojówkę. Mniema on, że w ciągu 5-ciu tygodni można tym sposobem osiągnąć zupełne wyleczenie. Przeczą temu atoli na szeroką skalę przeprowadzone jeszcze w r. 1886. doświadczenia Wągiewskiego (a więc 4 lata przedtem), który, jak to przytacza Sroczyński, przekonał się, że ta metoda utrzymać się nie da: 1) „z powodu silnych bólów i gwałtownej reakcyi; 2) nieświetnych wyników w *trachoma granulosum*, a braku wszelkiego wpływu na *trachoma papillare;* 3) z powodu głębokich blizn, jakie w $^1/_4$ części przypadków powstawały w spojówce w następstwie tego leczenia“. Podania te brzmiały tak zniechęcająco, że sam nigdy nie mogłem pokusić się o własne doświadczenie pod tym względem.

---

[25]) Centralbl. f. Ah. 1893.

Wspomnieć jeszcze należy o operacyi, zalecanej przez Noiszewskiego[26]), polegającej na wycięciu jagliczo zwyrodniałej spojówki i zastąpieniu jej płatkiem błony śluzowej z ust wyciętej. Wskazanie do tej operacyi stanowi tak przez Noiszewskiego nazwane *trachoma induratum condylomatosum*, gdzie inne sposoby nie prowadzą do celu. Korzystny wpływ tego rękoczynu najwybitniej występuje w przypadkach, gdzie równocześnie jest gruba łuszczka. Własnego zdania o tej operacyi wypowiedzieć nie mogę, gdyż nigdy jej sam nie wykonywałem.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o operacyjnem leczeniu łuszczki. W przypadkach lżejszych ustępuje ona, jak powszechnie wiadomo, bardzo łatwo i bez dalszego leczenia, równocześnie z poprawą sprawy spojówkowej. Do osobnego leczenia mogą więc dać powód tylko te nader rzadkie przypadki grubej łuszczki (*pannus crassus*), gdzie ona utrzymuje się uporczywie po operacyjnem usunięciu produktów jagliczych ze spojówki. Zachwalane dawniej szczepienie ropy wiewiórowej (tryprowej) lub zakraplanie nastoju *jequirity* i dziś jeszcze przez francuskich okulistów zalecane, jeżeli nie wywoła zropienia rogówki (co się przydarza niezbyt często), może przyczynić się do jej wyjaśnienia. Sposób o ile niezbyt pewny, o tyle za to niebezpieczny.

Za przykładem Arabów (p. wyżej) starano się zapomocą t. zw. *peritomii*, t. j. okrojenia (nożyczkami) spojówki naokoło rogówki, na większym lub mniejszym obszarze, zapobiedz, przez odcięcie odżywienia, dalszemu szerzeniu się łuszczki. Z chwilą zastosowania galwanokaustyki do leczenia jaglicy, starano się ten sam cel osięgnąć przez przypalenie rąbka spojówkowego (Fröhlich, Hirschberg). Nie da się zaprzeczyć, że sposób ten w niektórych przypadkach nie jest bez wpływu korzystnego, w wielu jednak innych jest zupełnie bezskutecznym, a nawet czasem (o czem przekonałem się na 2-ch przypadkach w klinice wiedeńskiej) wprost szkodliwym. Darier radzi, podobnie jak na spojówce jaglicą dotkniętej, wyszczotkować grubą łuszczkę i zachwala wyniki tego postępowania.

Zachęcony krótką wzmianką w ostatniem sprawozdaniu klinicznem prof. Wicherkiewicza o pomyślnym wpływie wyłyżeczkowania łuszczki, zastosowałem ten sposób w trzech nadających się do tego przypadkach *pannus crassus* i na podstawie własnego doświadczenia mogę go zalecić gorąco. Wykonywa się ten zabieg w sposób następujący. Po dokładnem znieczuleniu kokainą i oczyszczeniu worka spojówkowego i rogówki ze śluzu i wydzieliny, założeniu rozwórki i ustaleniu oka, zeskrobuje się ostrą łyżeczką łuszczkę w całej jej rozciągłości, z użyciem atoli małego ucisku, aby nie posunąć się za głęboko i nie naruszyć samego utkania rogówki. Należy zachować w tym celu także tę ostrożność, aby w ciągu operacyi dobrze wyciśniętym wacikiem dokładnie oczyszczać pole operacyjne z krwi obficie je zalewającej. Po operacyi i dokładnem spłukaniu sublimatem 1 : 5000 zasypujemy jodoform i zakładamy opaskę. W 24 godzin po tym zabiegu pokrywa całą rogówkę dość gruba szarawa błona, która atoli po kilku dniach pod opaską, jodoformem i zmywaniami dokładnie sąma się oddziela, pozostawiając rogówkę nadspodziewanie przeźroczystą, ze śladem obłoczkowatego tu i owdzie zaćmienia. Postępowanie to zalecają również Gruening, który w 11-tu przypadkach osięgnął dobry i trwały wynik i Sattler na podstawie jednego szczęśliwie operowanego przypadku.

Zebrawszy krótko to, co wyżej obszernie przedstawiliśmy, postępowanie nasze w leczeniu jaglicy przewlekłej jest następujące:

1) Wygniecenie ziarn i nacieków, wogóle wszystkiego, co w ten sposób da się usunąć.

2) Po uspokojeniu oka wycieranie spojówki wacikiem sublimatowym, naprzemian z zakraplaniem 2% roztworu azotanu srebrowego.

3) Usunięcie przerostu spojówki (*cupr. sulf.*) i ewentualnie rozmiękczenie blizn zapomocą masowania, kw. boro-taninowego i t. p.

4) Galwanokaustyki używamy tylko jako środka pomocniczego (w przypadkach jak wyżej).

5) W razie znaczniejszej stulejki, ucisku powiek na gałkę lub spastycznego podwinięcia dolnej powieki, wszelkie dalsze leczenie poprzedzić winno rozszerzenie szpary powiekowej (*canthotomia*).

6) Wycięcie załamka wraz z paskiem chrząstki uważamy za usprawiedliwione tylko w nielicznych przypadkach jagliczej marskości spojówki, gdzie spojówkę stanowi gruba i stwardniała tkanka łączna o powierzchni zasianej brodawkowatemi wybujałościami, albo w przypadkach skrobiowatego zwyrodnienia spojówki.

7) Wyłyżeczkowanie grubej łuszczki, w przypadkach uporczywego jej utrzymywania się, mimo widocznego postępu w leczeniu jaglicy spojówki.

Oto postępowanie, które w leczeniu jaglicy przewlekłej we wszystkich przypadkach dotychczas nam wystarczało i zadowalniające dawało wyniki.

Z powyższego zestawienia, które staraliśmy się usilnie uczynić przedmiotowem, widzimy, że aczkolwiek operacyjne traktowanie jaglicy istotny i wielki stanowi postęp w jej leczeniu, w bardzo nielicznych tylko przypadkach wystarczy samo, bez pomocy środków farmaceutycznych, do zupełnego usunięcia cierpienia. Zawsze jednak trzymanie się zasady, że leczy się nie chorobę lecz chorego, ochroni nas od szablonu a wskaże właściwy sposób postępowania w danym przypadku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

U żadnego z autorów, którzy wykonywali w tej mierze doświadczenia, nie znajdujemy wyników szczegółowego badania mikroskopowego ściany zaciśniętych pętli. W badaniach tego rodzaju należałoby badać jak największą ilość skrawków, zwłaszcza z tych miejsc, w których zmiany patologiczne są najdalej posunięte; dopiero wówczas miałoby się pewne szanse bezpośredniego wykazania stósunków, wystarczających do przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita, a więc rozwiązania kwestyi, jaką rolę odgrywa tu sam zastój żylny. Przytoczono wyraźnie, że miałoby się tylko pewne szanse rozwiązania tej kwestyi, a to dla tego, że poważną rolę, być może odgrywają tu właśnie takie zmiany, jakich za pomocą

[26]) Gazeta lekarska 1889. Nr. 40. i Centralbl. f. Ah. 1890.

badania mikroskopowego nie jesteśmy w stanie wykryć. Wobec tego, że zastój żylny w ścianie jelita prowadzi do zmian nekrotycznych, że zmiany te występują ogniskowo w miejscach, znajdujących się w najgorszych stosunkach, może tu być dla przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita decydująca właśnie ta chwila, w której pewne grupy komórek już obumarły i stanowią niejako wolną drogę dla bakteryj, zmiany zaś mikroskopowe w tych komórkach nie są jeszcze tak daleko posunięte, byśmy ich stan rozpoznać mogli. Sądzę, że przy badaniu bakteryologicznem szczegółowem zaciśniętych pętli jelitowych, którego prawie że nie posiadamy, należałoby koniecznie uwzględnić powyższe przypuszczenie oraz rolę, jaką w tej sprawie odgrywają komórki wędrujące.

Na zasadzie materyału, zebranego dotychczas drogą doświadczalną, musimy dojść do przekonania, że sam zastój żylny, zwłaszcza zaś zastój krótkotrwały zwykle nie wywołuje przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita; mogą one przechodzić dopiero przy silniejszym zastoju żylnym lub też jeśli zmiana ta trwa przez czas dłuższy. Wówczas zaś mamy do czynienia w większości przypadków prawdopodobnie nietylko z zastojem żylnym, lecz już z poważniejszemi zmianami degeneracyjnemi pewnych grup komórkowych. Przekonanie to do pewnego stopnia potwierdza się przez tę okoliczność, że przy strangulacyi pętli jelitowych z początku przesięk surowiczy bakteryj nie zawiera i że dopiero później one się tam zjawiają: sam zastój żylny już w początkowem stadyum wystarcza do wytworzenia przesięku, nie wystarcza jednak do przechodzenia bakteryj przez ścianę kiszki do jamy brzusznej.

Co się zaś tyczy aseptyczności mętnych płynów przepuklinowych, wyraźnie kałem cuchnących, to nie możemy sobie wytłómaczyć tej obserwacyi niektórych autorów inaczej, jak tylko w ten sposób, że albo bakterye w płynach tych już były wyginęły, albo też były tam gatunki, nie dające się wyhodować dotychczasowemi metodami, albo też zaszedł błąd w samem badaniu.

Czy sama koprostaza jako taka odgrywa jaką rolę w przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita, wydaje mi się na zasadzie pracy Krafta[102]) rzeczą wątpliwą, chyba że koprostaza jest tak znaczną, że sprowadza poważne zmiany w ścianie jelita.

Że całość a względnie uszkodzenie błony surowiczej jelita jest przy przechodzeniu bakteryj przez jelito czynnikiem nadzwyczaj ważnym, wynika nie tylko z obserwacyj wielu autorów oraz potwierdzenia, jakie one znajdują w innych spostrzeżeniach, tyczących się błony otrzewnej (Grawitz[103]) i inni), ale także jest zupełnie zgodnem z naszemi wiadomościami o ogólnem zachowywaniu się bakteryj w ustroju.

Jeszcze w r. 1873 wykazał Chauveau, że po wstrzyknięciu do żyły królika małej ilości bakteryj septycznych w organach zdrowych zwierzęcia nie występują żadne zmiany patologiczne; w organach zaś odciętych od krążenia występuje zgorzel. W r. 1884 wykazali Arloing i Chauveau, że bakterye septyczne rowijają się szybciej i sprowadzają znaczniejsze zmiany w tkankach obumarłych, aniżeli w tkankach żyjących.

Wreszcie Arloing[104]) przeprowadził w tej sprawie doświadczenia porównawcze na jądrach tryka, z których jedno zostało odciętem od ogólnego krążenia. Do obydwu jąder wstrzykiwał ten autor taką samą ilość hodowli laseczników, który nazwał *bacillus heminecrophilus*. W jądrze prawidłowem występował tylko przemijający obrzęk, jądro zaś, odcięte od krążenia znacznie się powiększało, występowały objawy ogólne a nawet śmierć zwierzęcia.

Z prac tych wynika, że tkanki prawidłowe zachowują się wobec drobnoustrojów, które się do nich dostały, zupełnie inaczej, aniżeli tkanki patologiczne, tem bardziej zaś tkanki obumarłe. Czy to przez fagocytozę, czy też przez fizyologiczne oddziaływanie komórki na same drobnoustroje lub ich produkty, chorobotwórcze działanie ich może być zniesione a co najmniej osłabione. Tkanki zaś obumarłe nie przedstawiają dla bakteryj nic innego, jak tylko lepszą lub gorszą pożywkę, w której się bez przeszkody rozwijać mogą.

Ponieważ przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita nie możemy sobie wyobrażać jako akcyi czynnej drobnoustrojów ale jako ich stan bierny, polegający z jednej strony na resorpcyi, z drugiej zaś na rozroście tych tworów w danem środowisku, jest zrozumiałem, że stan śródbłonka otrzewnowego musi tu odgrywać poważną rolę — zupełnie tak samo jak stan innych komórek ściany jelita, zależny przedewszystkiem od ich odżywienia.

O przechodzeniu pośmiertnem bakteryj jelitowych do jamy brzusznej posiadamy w literaturze następujące dane: A. Fraenkel[105]) badał u trupów pod względem bakteryologicznym jamę brzuszną i znalazł, że u trupów świeżych, nie okazujących wyraźnych oznak gnicia, jama otrzewna bakteryj nie zawiera, nawet w przypadkach puchliny brzusznej. W trupach zaś gnijących znajdywał on w jamie brzusznej bakterye; nie było to jednak *bacterium coli commune*, lecz inny gatunek, rozpuszczający żelatynę. Według Krafta[106]) bakterye przechodzą z jelita do jamy otrzewny w 10—11 godzin po śmierci. Lesage i Macaigne[107]) twierdzą, że podczas lata *bacterium coli commune* przechodzi w trupach przez prawidłową ścianę jelita; podczas zimy zaś nie przechodzi lub przechodzi dopiero po upływie dłuższego czasu po śmierci. Malvoz[108]) znów utrzymuje, że *bacterium coli commune* przechodzi do jamy brzusznej za życia jedynie w przypadkach zapalenia otrzewny, wywołanego przez sprawy jelitowe. W przypadkach bowiem połogowego zapalenia otrzewny nie znajdywał on tego gatunku bakteryjnego w wysięku brzusznym, ale były tam inne drobnoustroje. Według Bumma[109]) zaś już w 3 godziny po śmierci znaleść można bakterye jelitowe w jamie brzusznej. Chantemesse, Vidal i Legru[110]) w przypadku *cholera nostras* już w 6 godzin po śmierci znaleźli w jamie otrzewny *bacterium coli commune*. Walthard[111]) sądzi, że bakterye przechodzą z jelit do brzucha w kilka godzin po śmierci. Pawlowsky[112]) wykazał drogą doświadczalną, że u psów, u których wywołano zapalenie otrzewny środkami chemicznemi, bakteryj w jamie brzusznej nie było, gdy sekcyi zwierzęcia dokonano w 1—2 godzin po śmierci. Gdy sekcyonowano zwierzęta po upływie dłuższego czasu po śmierci, znajdywano w ich jamie brzusznej bakterye kałowe. To samo znalazł Barbacci[113]) u psów, u których sztucznie wywoływał zapalenie otrzewny: gdy sekcya zrobiono zaraz po śmierci, w wysięku brzusznym nie można było wykazać *bacterium coli commune*.

Jakkolwiek wiadomości nasze o stosunkach, w jakich po śmierci bakterye ze światła kiszki przechodzą do jamy

[102]) Kraft: l. c.
[103]) Grawitz: l. c.
[104]) Arloing: Contribution a l'etude de la resistance de l'organisme aut microbes pathogenes, notamment des rapports de la necrobiose avec les effets de certains microbes. Camptes rendus T. CVII. 1888. p. 1167.

[105]) A. Fraenkel: l. c.
[106]) Kraft: l. c.
[107]) Lesage et Macaigne: Contribution à l'etude de la virulence du bacterium coli commune. Arch. de med. exper. et d'anat. pathol. T. IV. Nr. 3. 1892. p. 350.
[108]) Malvoz: Le bacterium coli comme agent habituel des peritonites d'origine intestinale. Arch. de med. experim. et d'anat. pathol. 1891. Nr. 5. p. 593.
[109]) Bumm: Zur Aetiologie der septischen Peritonitis. Münch. med. Woch. 1890. Nr. 19. p. 185. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. VIII. 1890. Nr. 17. p. 535.
[110]) Chantemesse, Vidal et Legru: Communication sur les infections par le coli bacille. Soc. med. des hôpitaux. Seance du 11. XII. 1891. Le progrès med. 1891. Nr. 51. p. 183.
[111]) Walthard: l. c.
[112]) Pawlowsky: l. c.
[113]) Barbacci: Sulla etiologia e patogenesi della peritonite da perforazione. Studio anatomico e sperimentale. Lo Sperimentale 1893. Zesz. IV. p. 234. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. XIV. Nr. 19. p. 639.

brzusznej, jakoteż o czasie, w którym to następuje, nie są zbyt rozległe, możemy na zasadzie powyżej streszczonych prac przynajmniej przedstawić sobie najważniejsze czynniki, jakie tu w grę wchodzą.

Przedewszystkiem sama chwila śmierci musi tu odgrywać zasadniczą rolę; tkanki, które za życia względem inwazyi bakteryj zachowywały się odpornie, muszą z chwilą śmierci odporność tę utracić. To też Wurz[114]) uważa za prawdopodobne, że z chwilą śmierci *bacterium coli commune* rozmnażając się nieustannie poczyna dostawać się do rozmaitych narządów organizmu. Lesage i Macaigne[115]) sądzą, że dzieje się to nawet jeszcze za życia w ciągu ostatnich godzin. Przypadek Sevestra i Gastona[116]) (jeśli nie zaszedł tu błąd w badaniu lub zanieczyszczenie) przemawia bardzo wymownie za ważnością chwili śmierci dla dostawania się bakteryj kałowych do różnych narządów; w przypadku *meningitis* oraz *arthritis purulenta* wykonano punkcyę stawu na godzinę przed śmiercią. W otrzymanej w ten sposób ropie nie wykazano *bacterium coli commune*, w ropie zaś, otrzymanej przez punkcyę, wykonaną w godzinę po śmierci, znaleziono tę bakteryę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Okulistyka.

Schulte: O wynikach leczniczych wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu.

S. stosował w klinice okulist. w Sztrasburgu w 24 przypadkach różnych cierpień oka wstrzykiwania sublimatu z bardzo dobrym skutkiem. Używał w tym celu czystego rozczynu sublimatu 1 na 1000 bez dodatku soli kuchennej. Wstrzykiwał tylko ilości małe, bo jedne a najwyżej $1^1/_2$ przedziałki strzykawki Pravaza, powyższego roczczynu, jak najdalej od rąbka spojówki a nie robił nigdy więcej jak pięć wstrzykiwań do jednego oka. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem były przerwy co najmniej czterodniowe. obok tego środka nie stosował żadnego innego leczenia. W zapaleniu naczyniówki urazowem, świeżem, ze złożeniem wypociny w plamie żółtej (*chorioiditis centralis*) osięgnął znakomitą poprawę za pomocą tych wstrzykiwań. Chory bowiem, który przed rozpoczęciem leczenia rozpoznawał palce zaledwie na 0·75 metra, miał po skończonych wstrzykiwaniach $V = {}^6/_{10}$. Podobnie korzystne wyniki miał S. w dwóch przypadkach zapalenia naczyniówki świeżego ale nie urazowego także ze złożeniem wypociny w plamce żółtej. W czwartym przypadku, gdzie takież same cierpienie towarzyszyło krótkowidzeniu wysokiego stopnia sublimat okazał się bez skutku.

W dwóch przypadkach świeżego, rozsianego zapalenia naczyniówki (*chorioiditis disseminata*) sublimat okazał się nader skuteczny, zaś w trzecim przypadku oraz w przypadku zastarzałym tegoż samego cierpienia lek ten zawiódł. Zapalenie rozsiane naczyniówki towarzyszące krótkowidzeniu wysokiego stopnia, także nie okazało żadnej poprawy. Czy sublimat jest w stanie powstrzymać nawroty powyższego cierpienia, autor nie ośmieli się rozstrzygać, gdyż czas obserwacyi był jeszcze za krótki.

W dwóch przypadkach zaćmień w ciałku szklanem osięgnał S. za pomocą sublimatu znaczne wyjaśnienie się ciałka szklanego. W czterech innych przypadkach zaćmień ciałka szklanego, między niemi w jednym przypadku wikłającym krótkowidzenie, sublimat okazał się bezsilny; w ogóle bezskutecznym jest ten środek w zapaleniu naczyniówki lub zaćmieniach ciałka szklanego w oczach krótkowidzących. Tak samo bezskutecznym okazał się sublimat w zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowem (*neuritis retrobulbaris*). W zapaleniu nerwu wzrokowego śródocznem zastosowanie sublimatu sprowadziło dwakroć znaczną poprawę. Tak samo znakomity skutek stwierdził S. w zapaleniu siatkówki kiłowem. W drugim przypadku zapalenia siatkówki, gdzie nie można było żadnej przyczyny wykazać, skutku po sublimacie nie zauważył. We wszystkich tych przypadkach prócz sublimatu nic nie stosowano z wyjątkiem przypadków *neuritis retrobulbaris*. Że w zapaleniu rogówki miąższowem skutku żadnego nie widział, tłumaczy sam autor tem, że przypadki te były zastarzałe. Dziwi się tylko S., że w zapaleniu tęczówki świeżem nie zauważył żadnego wpływu na przebieg tego cierpienia po zastosowaniu sublimatu. W ropnych zapaleniach rogówki dotychczas sublimatu nie stosował. Za to wielką usługę oddał autorowi sublimat w ciężkiem zapaleniu ciałka rzęskowego i tęczówki z wycięciami twardówki i zapaleniem rogówki i z silnem zadraźnieniem. Po czterech wstrzyknięciach oko uspokoiło się zupełnie. Doświadczenia Mellingera i Martiego, którzy starali się udowodnić, że wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej tak samo działa w ropnych zapaleniach rogówki jak sublimat, uważa S. za niepewne, gdyż obok soli kuchennej stosowano atropinę, ciepłe okłady, przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem, co samo wystarcza do wygojenia się wrzodu. S. uważa wstrzykiwanie sublimatu za środek bardzo dzielny i skuteczny, gdyż działanie jego korzystne występuje w nierównie krótszym czasie, niż po zastosowaniu innych leków. *(Klinische Monatsblätter.* Luty 1895).

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Justyn Karliński: Przyczynek do nauki o żywotności przecinkowców cholerycznych.

Autor przedsiębrał badania nad żywotnością przecinkowców cholerycznych w dejektach przechowywanych w kolbach i rozcieranych na płótnie, wełnie, bawełnie i t. d.; do badań używał oryginalnych odchodów cholerycznych, nie zaś sztucznie przyrządzanych. Z odchodami przechowanymi w naczyniach i wystawionymi na wpływ rozmaitej ciepłoty, (od 7 do 38° C.), przedsiębrał 50 prób, a z roztartymi na płótno i t. d. 80 prób. Z badań tych wynika, że w odchodach cholerycznych, przechowanych w średniej ciepłocie, mogą przecinkowce pozostać żywymi nawet przez 52 dni, jak to wykrył w jednym przypadku, w innym znalazł je po 37 dniach i t. d., a doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nie traciły one przy tem swej jadowitości.

Z płótna zawalanego odchodami cholerycznymi i przechowanego w papierze pergaminowym, otrzymał hodowle przecinkowców jeszcze po 217 dniach, z takiego samego zaś płótna, ale wysuszonego na wolnem powietrzu i przechowanego w drewnianem pudełku po 30 dniach. Do podobnych rezultatów doszedł Kitasato, gdyż i on z płótna zawalanego dejektami cholerycznymi, otrzymał hodowle przecinkowca po upływie 200 dni. Karliński w celu otrzymania hodowli z próbek, używał peptonu, z którego następnie wylewał płyty gelatynowe. *(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* Tom XVII. Nr. 5 i 6). *J. Nowak.*

Histologia.

M. Morgenstern (w Baden-Baden): Dalsze doniesienia w sprawie obecności nerwow w twardych składnikach zęba z podaniem sposobu ich wyszukiwania i przechowywania.

W nr. 47. *Przeglądu lek.* z 19. Listopada 1892 pomieściłem krótką wzmiankę o wrzekomym odkryciu nerwów w twardych składnikach zęba, dokonanem przez M., który tę wiadomość ogłosił w październikowym zeszycie *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk.* z r. 1892. Obecnie podaje tenże autor dalsze w tej sprawie szczegóły a przedewszystkiem swoją metodę otrzymywania preparatów drobnowidowych.

Do badania radzi M. brać zdrowe, świeżo wyjęte siekacze cieląt ze względu na łatwość ich otrzymania i wielkość histologicznych składników. Miejsca. w których nerwy mają być najwidoczniejsze, znajdują się pomiędzy rożkami

[114]) Wurz: l. c.
[115]) Lesage et Macaigne: l. c.
[116]) Sevestre et Gaston: Soc. med des hopitaux. Decembre 1891.

miazgi (pulpy) a guzikami, względnie krawędzią żucia korony. W zębach guzikowych idą pnie nerwowe w postaci prawie cylindrycznej od rożków pulpy do zębowiny, w siekaczach zaś tworzą one postać blaszki, która w osiowej płaszczyźnie korony, równoległe z jej wargową powierzchnią zdąża ku krawędzi. Poprzeczny przekrój tej blaszki ma postać sierpa, złożonego z 2—3 oddziałów, odpowiadających pierwotnym kolcom krawędzi. Już makroskopijnie odróżnić można nerwy od sąsiedniej zębowiny, pierwsze bowiem są szarawo-białe, nieprzeświecające, druga jest jaśniejsza i szklista.

Co do sposobu przyrządzania preparatów drobnowidowych, radzi M. świeżo wyjęty ząb przechować 3 dni w 1% kw. osmowym, później 6 dni w świeżym rozczynie tego kwasu a po wypłukaniu przez 24 godzin w płynącej wodzie, jeszcze 1—3 miesięcy trzymać w bezwodnym wyskoku. Chcąc pulpę częściowo zachować do dalszego badania, przecina się korzeń w środku, wkłada kawałki na 12 godzin do ksylolu z kw. karbolowym a następnie do ogrzanego balsamu kanadyjskiego, w którym się je trzyma najmniej 24 godzin w temp. 50—60° C. Skoro balsam już dostatecznie przesiąknął pulpę, zmywa się go z powierzchni ksylolem, poczem korona do szlifowania jest gotową. Aby otrzymać przekrój podłużny blaszki nerwowej, potrzeba za pomocą kołowrotka dentystycznego przeciąć koronę w płaszczyźnie, biegnącej równolegle do płaszczyzny frontowej albo ściśle w osi korony, albo też bliżej jej powierzchni wargowej lub językowej.

Barwienie odbywa się dwukrotnie w zgęszczonym wodnym rozczynie fuksyny, który się świeżo na gorąco przyrządza. Otrzymane wycinki zęba ogrzewać należy w tym rozczynie powoli przez ½ godziny aż do 60° C, potem obmyć je zimną wodą, na 2 minuty włożyć do bezwodnego wyskoku, wreszcie na 12 godzin do olejku gwoździkowego. Po zeszlifowaniu obu powierzchni (najpierw na drobnoziarnistym kamieniu korundowym, a następnie za pośrednictwem drobno sproszkowanej kredy na kamieniu z Arkansas przy ustawicznym dopływie wody), barwi się preparaty po raz wtóry powyższym sposobem, tylko nieco krócej i bada w olejku gwoździkowym.

Z końcem swego sprawozdania zapewnia M., iż na preparatach w ten sposób otrzymanych można widzieć delikatne sploty nerwowe z nielicznymi zwojami, otaczające właściwą blaszkę nerwową, z której pod prostymi najczęściej kątami przechodzą włókienka nerwowe w zębowinę.

Zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż opisane przez M. twory są to fuksyną zabarwione włókna zębowinowe (Tomesa), o których zresztą nie ma najmniejszej wzmianki, a owe pnie, sploty i zwoje nerwowe należy policzyć na karb zbyt wybujałej fantazyi autora. *(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.* Marzec 1895). *Dr. Szymkiewicz.*

Choroby dzieci.

H. Higier: Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci.

W historycznym poglądzie stara się H. przedewszystkiem wykazać, że w zapatrywaniach na zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego nie ma zgodności. Chcąc więc ułatwić rozpatrywanie tej sprawy, dzieli H. te zboczenia stosownie do przyczyn je wywołujących na 3 grupy.

Do pierwszej zalicza te wszystkie zboczenia, których przyczyny szukać musimy jeszcze w życiu płodowem dziecka, a więc zboczenia te może wywołać uraz macicy ciężarnej, opilstwo lub moczenica matki podczas ciąży, wreszcie poród przedwczesny. Najwybitniejsze objawy tej grupy są: ogólna sztywność mięśniowa, najwyraźniejsza w mięśniach dolnych kończyn; u starszych dzieci czasami t. zw. położenia przymusowe i ruchy spaczone. Porażeń rzeczywistych ani zaników mięśni nigdy nie napotykamy. Odruchy wzmożone; rozwój umysłowy zwykle nie ulega zmianie.

Do drugiej grupy zalicza H. te zaburzenia, których przyczyna leży w samym akcie porodowym t. j. we wszystkich tych okolicznościach, w których główka dziecka może uledz obrażeniu czy to przez zabieg położniczy, czy nawet przez sam dobrowolny, ale przedłużony poród. Pierwszym objawem są tutaj drgawki, często objawy spastyczne, zez i pląsawica; objawy tej grupy mogą dobrowolnie z biegiem czasu ustąpić a dziecko wraca do zdrowia.

Do 3. grupy wreszcie należą te zaburzenia ruchowe, które rozwijają się po ostrych gorączkowych chorobach; a mianowicie po kilkudniowem podniesieniu ciepłoty, senności, czasami bezprzytomności znajdziemy porażenia czy to połowicze czy poprzeczne. Sztywność mięśniowa i wzmożenie odruchów ścięgniestych jest i dla tej grupy cechująca; czasami trafiają się ruchy pląsawicze lub rytmiczne, wreszcie współruchy w kończynach niedowładem dotkniętych, po pewnym czasie występują także zaniki. Z objawów sfery zmysłowej należą do najczęstszych niedowidzenie, często zboczenia mowy, lub nawet ogólne upośledzenie rozwoju umysłowego.

Zmiany anatomiczne zaburzeń ruchowych mózgowego pochodzenia są nader rozmaite, często zależne od przyczyny, która je wywołała.

W pierwszej grupie najczęstsze są braki pewnych części substancyi mózgu (*porencephalia*), niedorozwój (*agenesis*); w drugiej grupie stanowią tło anatomiczne wynaczynienia podoponowe z następowym uciskiem mózgu. Najmniej wybitne i stałe są zmiany w 3-ciej grupie. W miejsce przyjmowanej (przez Strümpella) *polioencephalitis* skłania się autor ku przyjęciu za podstawę anatomiczną schorzenia ścian naczyniowych z następowemi wynaczynieniami lub emboliami.

Leczenie, jak to można już z góry osądzić ma bardzo niewielki zakres działania; obok pewnych leków, których skutek bywa wątpliwym, największą korzyść przynieść mogą zakłady wychowawcze odpowiednio urządzone. (*Medycyna* 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36; 1894.). *Dr. Raczyński.*

P. Tissier: O ostrych zapaleniach błony śluzowej jamy nosa u noworodków.

Zupełnie słusznie stara się autor wywalczyć chorobom błony śluzowej jamy nosa znaczenie, jakie się im należy ze względu na poważne niebezpieczeństwo z nich wyniknąć mogące, na ich doniosłe znaczenie dla życia noworodków.

Choroby te dzieli T. na ostre zapalenie zwykłe (*coryza acuta simplex*), na zapalenie z wytworzeniem błon wrzekomych (*coryza pseudomembranacea*), na zapalenie śluzo-ropotoczne (*rhinitis blennorrhoica*) i kiłowe (*rhinitis luetica*).

Wspólnym dla tych wszystkich form a równocześnie najgroźniejszym objawem jest upośledzenie oddychania przez nos czyli sapka. Dla noworodków ma ten objaw doniosłe znaczenie, bo dziecko przeważnie oddecha nosem a nadto niedrożność nosa upośledza a nawet zupełnie uniemożliwia akt ssania, co naturalnie samo przez się już może pociągać groźne następstwa t. j. podupadanie odżywienia. Z form wyżej wymienionych uważa P. za mniej groźne *coryza simplex* i *coryza psedomembranacea*, chociaż i te formy wikłać się mogą z zapaleniem płuc ogniskowem lub zapaleniem ucha środkowego. Najcięższem już przez samą przyrodę cierpienia, jak też przez swą długotrwałość, powikłania i następstwa jest zapalenie ropne (wywołane bywa najczęściej wydzieliną wiewiórową pochwy).

Leczenie ma na celu usuwanie wydzieliny za pomocą przestrzykiwań roztworem kwasu borowego, w cięższych formach stosujemy wdmuchiwania czystego kwasu borowego, wreszcie w formach ropnych przestrzykiwanie jamy nosa 0·5% roztworu azotanu srebrowego. (*Revue de maladies de l'Enfant* XII. Styczeń 1894.). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

40. Rosenberg: Nowa metoda ogólnej narkozy. W celu dowiedzenia się, na czem polega zgubne niekiedy działanie środków do narkotyzowania używanych, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń w berlińskim zakładzie farmakologicznym i przekonał się, że tak różne

bardzo od siebie cyfry statystyczne różnych operatorów polegają nie na przypadku, ale na różnym sposobie narkotyzowania. Autor wyznaje się zwolennikiem metody używania narkotyków przez zadawanie kroplami.

Największe niebezpieczeństwo narkozy polega na *synkope* serca w samym początku usypiania. Ta *synkope*, której nie trzeba mięszać z porażeniem serca po użyciu nadmiernych dawek środków usypiających a które rozwija się dopiero po porażeniu ośrodków nerwowych, może nastąpić za użyciem każdego środka znieczulającego i jest według poszukiwań autora sprawą zwrotną, odruchową. Ten odruch jest skutkiem podrażnienia błony śluzowej nosa czyli innemi słowy zadraźnieniem gałązek nerwu błędnego, idących do serca i ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym przez zadraźnienie gałązek nerwu troistego, rozpostartych w błonie śluzowej nosa. Tego zwrotnego zadraźnienia serca i ośrodka oddechowego można uniknąć znieczulając kokainą błonę śluzową nosa lub narkotyzując przez ranę tracheotomijną. Stopień zadraźnienia wywołującego odruch zależy w równych czasach od ilości użytego środka znieczulającego i w tem tkwi wartość zadawania go kroplami.

Skutek kokainizowania błony śluzowej nosa polega nie tylko na uniknięciu owego niebezpiecznego działania zwrotnego, ale i na małem podniesieniu się ciśnienia krwi w naczyniach przed narkozą i podczas niej. Kokaina ma zresztą przymioty odtrutki względem chloroformu, z czego pochodzi, iż zwierzę znosi po kokainie więcej chloroformu niż bez niej.

Na 50 narkoz chloroformem i kilku eterem po użyciu kokainy na błonę śluzową nosa, przekonał się autor, iż samo zadawanie środka znieczulającego jest przyjemniejsze po kokainie, niż bez niej, że nawet u pijaków zmniejsza się lub nawet całkiem znika okres podniecenia, że wymioty są rzadsze i że nie ma nudności po narkozie.

Autor ustanawia następujące przepisy dla narkozy chloroformem, której oddaje pierwszeństwo przed narkozą eterem: Chloroform należy podawać kroplami i bez przerwy aż do ukończenia operacyi. Przed narkozą należy zbadać dokładnie wszystkie narządy u mającego poddać się operacyi. Sama narkoza powinna odbywać się, ile możności nie w sali operacyjnej, ale w izbie sąsiedniej a to dla spokoju tak korzystnego dla narkozy jak i dla uniknięcia wzruszenia pacyenta. Podczas narkozy musi oddychanie odbywać się bez żadnej przeszkody. Do kokainizowania błony śluzowej nosa, które ma odbyć się na kilka minut przed rozpoczęciem narkozy, używa się 10% roztworu kokainy i przyrządu rozpylającego, zaopatrzonego w stósowny wentyl. Do każdej dziurki od nosa wpyla się po dwa centygramy w kierunku dolnego przewodu nosowego i skośnie ku górze. Po trzech minutach wpuszcza się do każdej dziurki od nosa jeszcze po centygramie i przystępuje do narkozy. Rurkę od rozpylacza należy wprowadzić do nosa. Przy większych operacyach należy powtórzyć kokainizowanie co ½ godziny a w każdym razie użyć kokainy przed samem obudzeniem się operowanego, żeby przyśpieszyć obudzenie się i uniknąć nieprzyjemnego przytem uczucia dla operowanego.

W rozprawie nad tym odczytem oświadcza Guttmann, że sposobem Rosenberga narkotyzował 12 razy i przekonał się, że narkoza następowała bardzo lekko i rychło, u pijaków nie było całkiem okresu podniecenia a obudzenie się po narkozie było zupełne. Nawet w jednym przypadku z wadą serca odbyła się narkoza bardzo prędko i szczęśliwie.

Dührssen użył do narkozy sposobu Rosenberga 18 razy i sądzi, że korzyści zeń są nieco przesadzone a polegają głównie na dolewaniu chloroformu kroplami. Widział nawet raz stan podniecenia, co prawda u kelnerki. Narkoza następuje późno, jak w ogóle przy użyciu kroplami środka do narkozy. W jednym przypadku przelotnie zatrzymał się oddech. Tętno bywało podczas narkozy bardzo dobre i utrzymywało się takiem aż do samego jej końca. Tylko w pięciu przypadkach nie było całkiem wymiotów. D. spodziewa się, że do tychże samych rezultatów można dojść i bez kokainy. W każdym razie metoda Rosenberga jest lepsza od narkozy eterem dla późnych jej skutków. Na 150 narkoz eterowych widział D. trzy zapalenia płuc, z nich jedno bardzo ciężkie. Wielu operowanych dostaje zapalenia oskrzeli skutkiem użycia do narkozy eteru.

Liebreich jest zdania, że i metoda Rosenberga nie usunie zupełnie pewnych przypadków narkozy, jak np. okresu podniecenia tak właściwego chloroformowi, nie usunie go mianowicie u pijaków. I metoda nalewania chloroformu kroplami nie ma znaczenia ogólnego. Sposób Rosenberga usuwa wprawdzie pierwsze zwrotne działanie na serce, nie jest w stanie jednak usunąć późniejszego.

Rotter widział dwa przypadki śmierci z zapalenia płuc po użyciu eteru u osób, u których nie było do narkozy tym środkiem żadnego przeciwwskazania.

Landau na 2000 narkoz eterem nie miał ani jednego przypadku nieszczęśliwego. By narkoza wypadła szczęśliwie trzeba dobrego przetworu, dobrej maski i wprawnego narkotyzera, bo narkoza jest sztuką, której trzeba się uczyć. Wbrew zdaniu Koniga (por. Nr. 2. *Przeglądu lek.* z r. b.) wykonał Landau wiele operacyj w jamie brzusznej wśród narkozy eterem i zapewnia, że nie odważyłby się nigdy dawniej robić tak długich operacyj przy chloroformie, jak robi je teraz przy eterze.

Karewski oświadcza się za wyborem eteru lub chloroformu w miarę okoliczności szczegółowych w danym przypadku.

Rosenberg twierdzi, że w swoim wykładzie nie oświadczył się ani za chloroformem ani za eterem. Jego metoda da się zastósować i do chloroformu i do eteru a zmniejsza niebezpieczeństwo śmierci z narkozy. Teoryę jego metody popiera bardzo okoliczność, iż według podania Hahna narkotyzowanie przez ranę tracheotomijną jest o wiele łatwiejsze niż zwykłe. Kokainować błonę śluzową nosa należy tylko w postaci siedzącej lub stojącej pacyenta. *(Berliner klinische Wochenschrift.* 1, 2. 1895).

41. Blondel: Leczenie bólów błyskawicznych w wiądzie pacierzowym. Na posiedzeniu paryzkiego Towarzystwa terapeutycznego opowiedział autor przypadek wiądu pacierzowego u mężczyzny, 29 lat liczącego, który kiłę przebywał a miał bóle nadzwyczaj gwałtowne i opierające się wszelkiemu leczeniu. Otóż tego pacyenta ułożył autor na łóżku, kazał mu uda przygiąć jak najbardziej na brzuchu tak, by kolana były jak najbliżej brody. Podudzia były oczywiście zgięte znów w kolanach. Za pomocą rzemienia przebiegającego od karku po pod kolana i przyciąganego przez samego pacyenta udało się utrzymać taką pozycyą przez 5 minut.

Po ośmiu dniach takiego leczenia ustąpiły bóle zupełnie a gdy pokazały się po niejakim czasie na nowo, wystarczyło do ich poskromienia powtarzanie wymienionej procedury raz na miesiąc. Od dwóch lat chory nie miewa żadnych bólów.

Autor przypisuje skutek terapeutyczny wydłużeniu rdzenia pacierzowego podobnie jak przy zawieszaniu w wiadomym przyrządzie z tą różnicą, że nie ma tu niebezpieczeństwa zwichnięcia kręgów szyjnych i nie potrzeba żadnego osobnego przyrządu. *(La Semaine médicale.* 20. Marca 1895).

42. L. Grossmann (w Budapeszcie): O wodobromku skopolaminy. Na podstawie doświadczeń przeszło rok trwających, przekonał się autor w swym oddziale szpitalnym, że 2% roztwór przerzeczonej soli już po 8 do 10 minutach rozszerza źrenicę, że to rozszerzenie bywa po 15 do 25 minutach największe a znika zupełnie po 4 do 6 dniach. Porażenie akomodacyi nastaje po skopolaminie w 30 do 35 minut (po atropinie w 50 do 60 minut) i utrzymuje się krócej niż po atropinie. Działanie skopolaminy jest mocniejsze, jeżeli zapuści się kokainę na 3 do 4 minut przed skopolaminą. Roztwór 1% skopolaminy można miesiącami zapuszczać po 2 do 3 razy dziennie bez żadnych skutków ubocznych. Tylko roztwory mocniejsze 3 lub 4% skopola-

miny działają trująco, gdy atropina już w 1% roztworze rozwija to działanie, niekiedy po zapuszczeniu nawet tylko 2 lub 3 razy.

Autor zaleca skopolaminę u dzieci i u osób chorych na serce w roztworze 1%, któremu daje pierwszeństwo także przed atropiną i homatropiną w celach dyagnostycznych (por. Nr. 11. *Przeglądu lek.* z r. b.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 6. Lutego 1895.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 28.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, iż w odpowiedni sposób załatwił rezolucye na poprzedniem posiedzeniu uchwalone.

3) Na prośbę o zapomogę wniesioną przez pewną wdowę po lekarzu, zebrano z dobrowolnej składki 30 złr.

4) Koll. Adam Bednarski, Fryderyk Simon i Zygmunt Eliasiewicz jednogłośnie przyjęci na członków Towarzystwa.

5) Kol. Rydygier przedstawia dwóch pacyentów z kliniki chirurgicznej z cierpieniem gruźliczem stawu łokciowego — jeden leczony operacyjnie przez wypiłowanie stawu metodą Olliera — drugi konserwatywnie wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowo-glicerynowej i częściowem ustaleniem stawu, w obu przypadkach mimo odmiennego postępowania wyniki są mniej więcej jednakowe i zupełnie zadowalniające. Następnie przedstawia prelegent chorego, u którego po raz pierwszy wykonał osteoplastyczną resekcyę kości krzyżowej w celu wycięcia raka odbytnicy. Gdy jednak szew łączący odcinki wyciętej odbytnicy puścił, w skutek czego górny koniec odbytnicy usunął się ku górze, obmyślił prelegent sposób wykonania sztucznego odbytu opisany w *Centralblatt für Chirurgie* to jest przeprowadził odbytnicę przez *musc. pyriformis dexter* i *glutaei* na prawym pośladku. Operowany utrzymuje dobrze kał, nie ma tylko czucia chwili kiedy kał ma odchodzić.

6) Kol. przewodniczący w gorącej przemowie podniósłszy zasługi kol. Kwaśnickiego, podaje do wiadomości wniosek Komitetu Towarzystwa mianowania kol. Kwaśnickiego członkiem honorowym; po chwilowem zamknięciu zwyczajnego posiedzenia otworzył przewodniczący zgromadzenie nadzwyczajne na którem jednogłośnie mianowano kol. Kwaśnickiego członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

7) Kol. Rościszewski podał: *Przyczynek do leczenia przykurczeń stawu barkowego* (odczyt ten jest w niniejszym numerze).

W dyskusyi zabiera głos kol. Gluziński, aby potwierdzić wyniki otrzymane przez prelegenta. Sposób leczenia jest dobry, wymaga tylko wielkiej cierpliwości ze strony tak chorego jak i lekarza.

Kol. Mars jako jeden z pacyentów potwierdza, że ruchy w stawie barkowym ma tak dobre i dokładne, jak gdyby nigdy nie miał złamania główki kości ramiennej.

Kol. Obaliński zwraca uwagę, że złamania w stawie barkowym i bez masażu mogą dobrze przebiegać i kończyć się dobrymi wynikami.

Kol. Rościszewski oświadcza w odpowiedzi, że główną przyczyną zesztywnienia stawu u kol. Marsa był nadmierny rozwój kostniny. W przypadku zniekształcającego zapalenia stawu tylko masaż jedynie może skutkować.

8. Kol. Gluziński miał odczyt o zmianach w nerwach obwodowych w miażdżycy tętnic, ilustrując go wieloma preparatami mikroskopowymi. (Odczyt ten będzie drukowanym w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Kryński na badania jednego z chirurgów niemieckich Zoege-Manteuffla, dotyczące powstawania samoistnej zgorzeli kończyn. Przed trzema laty na Zjeździe chirurgów niemieckich opisał on ciekawą postać tego rodzaju zgorzeli, powstającej u ludzi młodych, w wieku od lat kilkunastu do 40, nie obarczonych żadną dyatezą ogólną, jak kiła, gruźlica lub cukrzyca. Jako jeden stały szczegół w anamnezie dotkniętych tem cierpieniem chorych występuje tu reumatyzm. W jednym z ostatnich zeszytów *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* znajduje się obszerna praca jednego z asystentów Zoege-Manteuffla, w której podaje autor wyniki badań klinicznych, sekcyjnych i histologicznych nad taką zgorzelą samoistną. Badania histologiczne dotyczą głównie zmian w naczyniach krwionośnych, w których następuje stopniowe tworzenie się zakrzepu, przemieniającego się powoli w twór tkankowy w postaci tkanki włóknistej, zamykającej szczelnie światło naczynia. Ta nowo utworzona tkanka powstaje w skutek bujania elementów tkankowych wewnętrznej błony ścian naczyniowych, później zaś w niej rozwijają się dość obficie nowe naczynia krwionośne. Pozostałe warstwy ścian naczyń ulegają także zgrubieniu i przerostowi włóknistemu.

Godną uwagi jest ta okoliczność, że wszystkie te zmiany prowadzące ostatecznie do zamknięcia światła naczyń, rozpoczynają się w naczyniach grubszych, dość wysoko tak, iż znajdował je ów autor w *vasa poplitea*, gdy tętnice stopy i palców były jeszcze nie zmienione i zupełnie drożne.

Zajmując się głównie badaniem tętnic, autor zmian w nerwach dotyka tylko z lekka, lecz i w nich widział zgrubienie osłonek i przerost tkanki łącznej. (Sprawozdanie własne).

Kol. Obaliński obserwował przypadek zgorzeli kończyny dolnej u 33. letniego mężczyzny z wybitną po tej samej stronie miażdżycą tętnic, miejsca zgorzelinowe były rozsiane po całej kończynie, amputacya tylko usunęła gwałtowne bóle; kol. Obaliński zwraca uwagę na znaczne bóle zdarzające się w niektórych przypadkach, przemawiałoby to za współudziałem cierpienia nerwów.

Kol. Sroczyński zapytuje się prelegenta, czy z opisanej przez niego *neuritis* początkową sprawą jest bujanie nadmierne tkanki łącznej, wywołujące w następstwie zwyrodnienie włókien nerwowych, czy też pierwotnem jest zwyrodnienie samych nerwowych elementów.

Kol. Gluziński oświadcza w odpowiedzi, że prawdopobnie pierwotnem jest bujanie tkanki łącznej, są jednak przypadki, gdzie pierwszem jest zwyrodnienie włókien nerwowych; dowodów ścisłych jednak nie ma — dalsze badania może sprawę tę wyświetlą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 28. Marca 1895 r.

— Doc. Dr. Stanisław Ponikło, dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Galicyjska rada zdrowia krajowa odbyła w dniu 20. b. m. posiedzenie, na którem 1) przedstawiono kandydatów na opróżnione posady lekarzy powiatowych, względnie asystentów sanitarnych, 2) przyjęto do wiadomości zdanie sprawy weterynarskie z r. 1892, 3) wydano opinią w sprawach przemysłowych ze stanowiska lekarskiego co do garbarni w Złoczowie, piekarń we Lwowie, Niedźwiedziu i Krakowie, destylarni nafty i rafineryi w Drohobyczu, papierni w Gorzeniu i Jaroszowicach, masarni i wędzarni w Krakowie, składu szmat i kości we Lwowie, 4) wydano opinią co do potrzeby apteki w Korolówce, 5) wydano opinią co do prywatnego grobowca w Czarnolożcach, 6) uchwalono wnioski w sprawie epidemii zapalenia opon mózgordzeniowych, 7) przyjęto zdanie sprawy o stósunkach sanitarnych w kraju za rok 1893 wraz z wnioskami. Jedne i drugie będą drukowane.

— Z uwagi, że w Krakowie ludzie łakomi odkopywali nieraz padlinę w pobliżu tak mieszkania oprawcy miejskiego jak i w sąsiedztwie zakładu kontumacyjnego, wniósł radca miejski prof. Dr. Domański, by w celu zapobieżenia grożnym z tego dla zdrowia i życia ludzkiego niebezpieczeństwom niszczyć padlinę w sposób wykluczający wszelką możność zrobienia z nią nadużycia. Rada miejska wniosek ten przyjęła bez rozpraw i poleciła Magistratowi wypracować i przedstawić w tej mierze stósowne wnioski.

— *Kronika lekarska* w Warszawie, wychodząca dotychczas raz na miesiąc otrzymała pozwolenie wychodzenia dwa razy miesięcznie.

— Influenca panująca obecnie w całej prawie Europie i w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej nie porywa nigdzie tylu ofiar, co w Anglii a osobliwie w Londynie, gdzie od miesiąca powiększyła się znacznie śmiertelność. I tak w tygodniu od 3. do 9. b. m. zmarło w Londynie na influencę 473 osób, z których 255 przypada na osoby liczące więcej niż 60 lat. Jeśli ...ny więcej, niż na szczycie epidemii z roku

1893. Prócz tego powiększyła się znacznie śmiertelność z chorób narządu oddechowego i tak w tymże samym tygodniu umarło z zapalenia oskrzeli 938 osób (w miejsce średnio 325) i 336 z zapalenia płuc (zamiast średnio 143). Również gwałtownie występuje influenca w wielu dużych miastach angielskich, jak Liwerpolu, Glasgowie, Nottinghamie i innych. Jedno z towarzystw ubezpieczeń na życie w Londynie wypłaciło podczas obecnej epidemii więcej niż trzy miliony franków z powodu przypadków śmierci na influencę; w ogólności toż towarzystwo w ciągu 2 lat ostatnich wypłaciło z powodu influency więcej, niż w ciągu 43 lat z powodu cholery.

— 9-ty międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbędzie się dopiero w roku 1897 w Madrycie od 11. do 18. Października. Składka wynosi od osoby dla panów 25, dla pań 10 *pesetas*. Urzędowymi językami kongresu będą hiszpański, portugalski, francuski, włoski, angielski i niemiecki, wolno jednakże przemawiać po łacinie i w każdym innym używanym języku europejskim. Będzie to przeto niemal prawdziwa wieża Babel; czy z pożytkiem dla nauki, wolno powątpiewać. Z odczytami i zdaniami sprawy zgłaszać się należy do 11. Sierpnia 1897 do *Secretario general del IX. Congresso de Higiene* w Madrycie.

— Tegoroczne zebranie się niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Gracu od 23. do 25. Września. Głównemi przedmiotami rozpraw będą: sprawa pęcherzycy (*pemphigus*), referentami Kaposi z Wiednia i O. Rosenthal z Berlina i stosunek kiły trzeciorzędnej do terapii we wczesnych okresach, ref. Caspary z Królewca i A. Neisser z Wrocławia.

— Niemieckie Towarzystwo otologiczne zbiera się w roku bieżącym w Jenie 1. i 2. Czerwca. Zgłoszenia się o przyjęcie do Towarzystwa przyjmuje prof. Dr. K. Bürkner w Getyndze, u którego trzeba zapowiadać do 30. Kwietnia wykłady i demonstracye.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku bieżącym w Paryżu na polu Marsowem od 15. Maja do 15. Września.

— Według urzędowego zdania sprawy wynoszą straty wojska japońskiego w teraźniejszej wojnie z Chinami od 21. Września r. z. do 8. Marca r. b. 541 zabitych i 131 zmarłych wskutek ran i 981 zmarłych wskutek chorób. O postępie zaś Japonii na polu medycyny świadczy okoliczność, iż gdy w wojnie domowej przed 20 laty zmarło z ran 10.75°/₀ rannych, obecnie śmiertelność między nimi zeszła do 2.72°/₀.

— Z wiadomych względów sanitarnych zakazano przed laty w Szwajcaryi i w Belgii wyrabiania, sprowadzania i sprzedaży zapałek z fosforem białym. Zakazy te jednak nie doprowadziły z przyczyn technicznych i ekonomicznych do praktycznego rezultatu. Otóż izba deputowanych w Paryżu uznając całą ważność sprawy, wyznaczyła temi dniami w budżecie 50000 franków na badania w przedmiocie usunięcia fosforu białego z fabrykacyi zapałek.

— Pisma codzienne w Wiedniu doniosły temi dniami, iż pewna położnica podała dziecku swemu przez omyłkę lizol zamiast ulepku rabarberowego i że skutkiem tego śmierć nastąpiła. Jestto pierwszy przypadek śmierci tego rodzaju w monarchii austro-węgierskiej a powinien być skazówką, że z lizolem powinno się postępować równie przezornie jak z innemi truciznami, mianowicie używanym tak powszechnie do desinfekcyi kwasem karbolowym.

— W dzielnicy Hornsey miasta Londynu ukazała się płonica epidemicznie. Mleczarze tej dzielnicy dostarczają mleka do miasta ze wsi Hatton, gdzie ubiegłego lata występowała płonica w tym stopniu, iż musiano pozamykać szkoły miejscowe. Jestto rzeczą najpodobniejszą do prawdy, iż zakażenie mleka nastąpiło przez styczność z ludźmi a nie od chorych krów. Ogółem postrzegano w Hornsey 233 przypadków. O pierwszym przypadku doniesiono 2. Lutego; 4. Lutego o 5; w następnych dniach o coraz większej liczbie przypadków a nareszcie 11. Lutego o 58 przypadkach. W tym dniu zakazano przywozu mleka z miejscowości podejrzanej, w trzech następnych dniach doniesiono jeszcze o 73 przypadkach, lecz już 15. Lutego liczba ta spadła do 9 i od zakazu wymienionego było już tylko 40 przypadków. Epidemia zresztą była na szczęście niesłychanie łagodna, bo nie było ani jednego przypadku skończonego śmiercią.

— Lekarskie dzienniki amerykańskie donoszą, iż tak cenny *Index medicus* musiał zaprzestać wychodzić z braku poparcia, miał bowiem tylko 300 płatnych abonentów, potrzebował ich zaś 800.

— Zdrojowisko jodowo-solankowe *Bad-Hall* w Austryi Górnej uzyskało przez wywiercenie w roku bieżącym nowe zdroje, których woda zdaniem radcy dworu prof. Dra E. Ludwiga w Wiedniu przewyższa ilością swych składników skutecznych nawet najsilniejszą solankę jodową na stałym lądzie, zdrój Tassila. Kraj Austrya Górna jako właściciel rzeczonego zdrojowiska uczynił wszystko, co można, aby Bad-Hall odpowiedzieć mogło wszelkim słusznym wymaganiom leczącej się publiczności.

— Z błonicy umarło w Londynie w 1893 r. osób 1962 a w 1894 r. 3195, w Paryżu zaś w tym samym czasie 1266 i 1009.

— **Miejsce dla lekarza.** Dr. Józef Michalik, lekarz praktykujący w Szczurowy, przeniósł się do Leżajska.

Lekarz praktykujący potrzebny jest do Szczurowy. Bliższa wiadomość u miejscowego aptekarza.

Nekrologia. Zmarli: W dniu 30. Stycznia w 85. roku życia w Płocku **Adam Bućkiewicz**, jeden z pierwszych wychowańców b. Akademii medyczno chirurgicznej wileńskiej, którą ukończył w roku 1835, lekarz, ziemianin i literat, powszechnym otaczany szacunkiem. — W dniu 18. b. m. w Warszawie w 66. roku życia **Dr. Feliks Krajewski**, lekarz praktykujący w Hrubieszowskiem, człowiek sumienny i bardzo wykształcony, autor wielu prac rozproszonych po polskich pismach peryodycznych lekarskich. — W Krakowie w dniu 25. b. m. **Dr. Julian Chmielecki** w 86. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 12-tym. N. Cybulski: O funkcyi nadnercza. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych. W *Medycynie* Nrze 12-tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. Z. Bychowski: Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku (*diverticulum oesophagi*). W *Przewodniku higienicznym* Nrze 3. J. Barzycki. Wpływ wody na rozszerzanie się cholery. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Redakcya otrzymała:

L. Guranowski: Ein Fall von tuberculöser Otitis media nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse. (Odbitka z *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3-go Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ponikło okaże tablicę objaśniającą rozdział chorych, leczonych w r. 1894. w szpitalu św. Łazarza i św. Ludwika, pochodzących z Krakowa lub jego najbliższej okolicy; poczem mówić będą: 1) kol. prof. Jakubowski: *Sprawozdanie z doświadczeń przeprowadzonych surowicą leczniczą w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie;* 2) kol. Gabryszewski: *W sprawie leczenia wrzodów goleniowych* (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra M. Cerchy.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

Rok XXXIV. Kraków 6. Kwietnia 1895 r. Nr. 14.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8 Telefonu Nr. 196.

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible], w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O zmianach w nerwach obwodowych zależnych od miażdżycy tętnic.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 6. Lutego 1895 r.).

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

Mimo względnie niedawnego rozwoju nauka o chorobach nerwów obwodowych poszczycić się może bogatą już literaturą. Nie powiem jednak, by dawała ona dostateczną podstawę dla wielu jeszcze bardzo ważnych kwestyj.

Jedną z nich, to etyologia spraw zapalnych w nerwach obwodowych, która mimo rozjaśnienia rzeczy w głównych zarysach, pozostawia jeszcze wiele wątpliwości. Niezaprzeczenie, że niedługi szereg lat, odkąd nauka o zapaleniu nerwów obwodowych weszła na właściwe tory, jest tego przyczyną.

Początek tych zabiegów datuje się bowiem dopiero od r. 1864 t. j. od pierwszej publikacyi Dumenila[1]), który zwrócił uwagę na tak zwaną dzisiaj *polyneuritis*. Wprawdzie już znacznie pierwej wiedziano o możności schorzenia nerwów z osobna, jużto z przyczyny urazowej jak po zranieniu, po złamaniu kości etc. lub reumatycznej; znano również pewne objawy, które później okazały się jako należące do obrazu *polyneuritis*, brano je jednak, dzięki naukom Arana, Duchennea, a zwłaszcza Charcota o troficznej własności komórek zwojowych w rogach przednich istoty szarej rdzenia pacierzowego, za objaw schorzenia tej części układu nerwowego. Dumenilowi bezsprzecznie należy się zasługa wykazania, że w wielu przypadkach opisanych przez Duchennea jako *paralysie générale spinale* należy przeciwstawić pojęcie *polyneuritis*.

Odtąd szybkim krokiem idzie sprawa naprzód, zjawiają się dalsze spostrzeżenia, jak drugi przypadek Dumenila[2]), dalej Eichhorsta[3]), Joffroy[4]), Eisenlohra[5]) i t. d. a w r. 1880 Leyden[6]) zbierając razem ogłoszone przypadki i dodając swoje dwa, kreśli na ich podstawie znany nam dzisiaj obraz kliniczny *polyneuritis*. Obraz ten dalszemi spostrzeżeniami potwierdzał się i uzupełniał. Przebieg tych przypadków okazał się rozmaity, już to ostry, jużto przewlekły. Z biegiem czasu trzeba było odróżnić i formy atypowe, a badania anatomo-patologiczne wykazały, że sprawa zapalna w nerwach może i niepostrzeżenie przebiegać za życia. Przebieg ten, a po części i obraz kliniczny głównie, jak doświadczenie poucza, zależy od przyczyny, która chorobę wywołała, dlatego też nieposlednie miejsce w badaniach nad schorzeniem nerwów obwodowych zajęła etyologia. Stała się ona nawet podstawą klasyfikacyi, jaką postawił Leyden dla *polyneuritis*, a która do dziś dnia istnieje.

Na podstawie tego podziału odróżniamy dzisiaj, jak wiemy, *neuritis infectiosa*, *toxica et marantica*; zaliczając do pierwszej przypadki, jakie występują po błonicy, durze, ospie, *sepsis* i t. d. i samoistną chorobę *beri-beri*; do drugiej porażenia po zatruciu ołowiem, arsenem, rtęcią, miedzią, fosforem, tlenkiem węgla, alkoholem i t. d., do trzeciej wreszcie schorzenie nerwów obwodowych w wiądzie rdzenia pacierzowego, gruźlicy, gośćcu przewlekłym, raku, cukrówce i t. d.

[1]) Paralysie périphérique du mouvement et du sentiment portant sur les quatre membres, atrophie des rameaux nerveux des parties paralysées. Gaz. hebd. de méd. 1864 s. 203.

[2]) Contribution pour servir a l'histoire des paralysies peripheriques et specialement de la nevrite. Gaz. hebd. de med. 1866 S. 456.

[3]) Neuritis acuta progressiva. Virch. Archiv. 1877 t. LXIX S. 265.

[4]) De la nevrite parenchymateuse, spontannée généralisée ou partielle. Arch. de physiol. 1879 S. 172.

[5]) Idiopathische subacute Muskellahmung u. Atrophie. Centralbl. f. Nervenheilkunde 1879 S. 106.

[6]) Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Deutsches Archiv für klin. Med. 1880 S. 387.

O ile jednak pierwsze dwie grupy przedstawiają jeszcze dość określone pojęcie, o tyle trzecia tem się poszczycić nie może. Zaliczamy według Leydena do niej przypadki *neuritis* powstałe *bei chronischen consumirenden Zuständen und Krankheiten*, co tu jednak działa, czy samo podkopanie odżywiania, sama „inanicya" czy też nieraz pewne toksyczne substancye jak toksyny prątków gruźliczych, pewne substancye w rozwoju raka, obecność znacznej ilości cukru we krwi lub też produktów nieprawidłowej przemiany we krwi w cukrówce moczowej albo *diathesis uratica* (skazie moczanowej) napewno dzisiaj rozstrzygnąć nie możemy i w wątpliwości pozostajemy, czy niektóre z tych przypadków nie przenieść do grupy drugiej t. j. *neuritis toxica*. Tem bardziej ta uwaga nasunąć się może, że dotychczasowe doświadczenia na psach robione [1]) wykazały, że stany czystej inanicyi (przez głodzenie) zmian w nerwach obwodowych nie wywołały.

Ta ostatnia grupa w podziale *neuritis*, jakeśmy już wspomnieli, stanowi dzisiaj pojęcie za ogólne, kryjące w sobie wiele niepewności; brać ją jednak musimy zawsze obok innych wymienionych w rachubę przy rozbieraniu poszczególnego przypadku. Czy wolno jednak wszystkie przypadki, które w dwóch pierwszych grupach pomieścić się nie dadzą, tutaj zaliczać?

Na sporny punkt taki, mało albo wcale dotąd nie uwzględniany, chciałbym właśnie zwrócić uwagę w niniejszym artykule a pochop do niego dał mi przypadek na pozór zwykły, którego historyę choroby przytaczam w krótkości.

X. I., lat 51 liczący, zgłosił się w Maju 1892. r., skarżąc się na przypadłości żołądkowe. Badanie wykazywało obok rozszerzenia żołądka i powiększenia wątroby, dość poważne zmiany w narządzie krążenia, mianowicie przerost lewego serca, arytmia w jego ruchach, głuche tony nad aortą, z tych drugi wzmożony, miażdżycę tętnic obwodowych dość wyraźną. Układ nerwowy bez widocznych zboczeń. Mocz prawidłowy.

Z wywiadów dowiedziałem się, że pacyent kiły nie przebywał, między rokiem 20—40 swojego życia pijał dosyć, od 10 lat napojów wyskokowych używa bardzo mało. W pół roku później, bo w Październiku t. r. przedstawił się powtórnie, a skłonił go do tego ból w przedramieniu lewem, który wystąpiwszy bez żadnej przyczyny, miał się pojawiać od 2 miesięcy, rozpromieniając się w kierunku palca dużego i wskazującego dłoni jak również tego samego charakteru ból w nodze prawej. Obok zmian dawniejszych stwierdziłem, że uścisk ręki lewej był słabszy niż prawej, przedramię lewe było szczuplejsze od prawego, przyczyną tego był zanik mięśniowy nieznaczny na przedramieniu, rozciągający się na mięśnie brzuśca palca wielkiego, ucisk na *n. radialis* bolesny. Do poprzedniego rozpoznania przybywało zatem: *neuritis nervi radialis sinistri*. Przyczynę, nie mając innych danych, odnosiłem do jakiejś *diathesis* może *uratica*, o alkoholu nie myślałem, bo chory od 10 lat miał napojów alkoholowych nie używać, zresztą początek zmiany *od n. radialis* nie odpowiadał obrazowi, jaki wiążemy najczęściej z pojęciem *neuritis* alkoholowej, a dodać muszę, że mimo uskarżania się na ból w nodze prawej, przyczyny dla niego w układzie nerwowym znaleść nie mogłem. Uderzyła mię tylko jedna okoliczność, nie przypisywałem jej jednak wtedy większego znaczenia i zanotowałem ją tylko dla dokładności w notatkach moich, a mianowicie: że tętnica sprychowa lewa była więcej pokręconą, twardszą a tętno w niej mniejsze niż w prawej. W Lutym 1893 r. przedstawiając się pacyent nie skarży się tyle na rękę lewą, która też postępowania sprawy nie wykazuje, lecz na ból w nodze prawej, o którym już w r. z. w Październiku wspominał, a który od miesiąca nie tylko się wzmógł, lecz odznacza się tem, że występuje przeważnie wtedy, gdy chory ruch wykonywa kończyną, że ogranicza się przeważnie do łydki, i sprawia, że pacyent chodząc, kuleje na prawą nogę. Wiedząc o rozległej sprawie miażdżycowej u pacyenta, z konieczności wobec opowiadania tego stanął przedemną obraz skreślony przez Charcota a nazwany przez niego *cladication intermittente par obliteration arterielle* i rzeczywiście badanie utwierdziło mię w tem przekonaniu. Kończyna bowiem na stopie była znacznie chłodniejszą niż lewa, w *art. cruralis* czułem wprawdzie tętno dobrze, natomiast w *art. poplitea, pediea dextra* było ono ledwo wyczuwalne.

Obraz ten z większem lub mniejszem nasileniem bólu trwał do Marca t. r., w którym to miesiącu zaczęły występować bóle już nie tylko przy chodzeniu, ale i w spokoju szczególniej w nocy, bóle znów przeważnie do podudzia ograniczone, a badanie obok zmian wyżej przytoczonych wykazało bolesność mierną wzdłuż *n. ischiadicus* a zwłaszcza poczynający zanik mięśni w zakresie *n. tibialis i peroneus* i bolesność tych nerwów przy ucisku. Miesiące letnie przebył pacyent w Zakopanem, więcej leżąc niż chodząc, obok bowiem bólów w kończynie rozwijać się poczęła nekroza skóry na podudziu prawem koło kostki po stronie wewnętrznej, wskutek czego powstało owrzodzenie powierzchowne, które przy opatrunku przeciwgnilnem okazywało dno pokryte granulacyą żywo-czerwoną, od brzegów zaś miało dążność do gojenia się, pokrywając się przyskórkiem zdrowym, to znów brzegi te przyjmowały barwę ciemnofiołkową rozpadając się coraz bardziej (sprawozdanie Dra Gabryszewskiego) tak, że gdy październiku 1893 r. znowu pacyenta widziałem, owrzodzenie to rozszerzyło się ku dołowi już do połowy stopy, przeważnie od strony grzbietowej, sięgając do wysokości kości śródstopia, zawijając się nieco ku podeszwie, ku górze zaś sięgając nieco ponad kostkę. Palce stopy bez zmiany. Obok tego przeważnie na podudziu w małym stopniu na udzie mięśnie zanikłe, skóra na podudziu sucha i lśniąca, bolesność przy nacisku na pnie nerwowe, odruch kolanowy na nodze prawej bardzo słaby. Tętno w *art. poplitea* i *pediea* słabo wyczuwalne, Stopa i podudzie w dotknięciu chłodniejsze. Ruchy serca więcej nieregularne i przyspieszone niż dawniej. Odżywienie podupadło głownie wskutek bezsennych nocy z powodu bardzo gwałtownych bólów w kończynie, dla których uśmierzenia trzeba się było uciec do wstrzykiwań podskórnych morfiny. Trzy miesiące bronił się pacyent przed zalecaną amputacyą podudzia, wreszcie zmuszony bólami jej się poddał.

Rozbierając te objawy, łatwo przyjść do wniosku, że rozpoznać należało *endarteritis obliterans* w zakresie tętnic kończyny dolnej prawej. (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Popow i Rosenbach. Ueber die durch Inanition bewirkten Texturveränderungen der Nervencentra. Neurolog. Centrbl. 1883 W. 14.

II. O formaldehidzie czyli metanalu.

Wykład miany w dniu 8. Marca 1895. w Tow. lek. we Lwowie

przez

Dra W. Wehra.

Na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w Lipcu 1894 r. zwróciłem uwagę Panów na najważniejsze właściwości aldehidu mrówkowego, przedewszystkiem zaś na jego wartość konserwującą i stwardniającą, z przedstawieniem preparatów doskonale zachowanych od końca 1893 roku t. j. od czasu, gdy zacząłem robić próby z tym związkiem.

Obecnie po upływie pół roku, gdy dalsze badania i studya potwierdziły nietylko praktyczną wartość formaldehidu,

lecz nadto jego bardzo ważne biologiczne znaczenie w przyrodzie, postanowiłem bliżej zaznajomić Panów z tem ciałem a zarazem zdać sprawę z dalszego ciągu swych doświadczeń, przedewszystkiem co do własności konserwujących i stwardniających, pozostawiając jeszcze na później sprawozdanie z własności jego desinfekcyjnych, gdyż w tym względzie podjęte doświadczenia, dopiero są w toku.

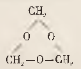
Aldehid mrówkowy, formaldehid, metylaldehid, według najnowszej nomenklatury genewskiej metanal H. COH lub tlenek metylenu CH_2O, związek otrzymany po raz pierwszy przez Hofmanna w 1867 r., za pomocą przepuszczania pary alkoholu metylowego wraz z powietrzem przez rozżarzoną platynę

$$(HCH_2 . OH + O = H_2O + H. COH),$$

jest gazem bezbarwnym, o ostrej przenikliwej woni, który woda z łatwością pochłania i ten wodny roztwór zawierający około 40% formaldehidu, wyrabiany od lat kilku fabrycznie, znanym jest w handlu jako formol (Trillat) lub formalina (E. Schering)[1]).

Formaldehid jest ciałem niezmiernie interesującem, tak pod względem chemicznym jak i fizyologicznym, na co szczególniej Bayer, Loew, Fischer, Trillat i Aronson pierwsi zwrócili uwagę.

Pod względem chemicznym z tego powodu, że pomimo swego prostego składu, jako pierwsze ogniwo aldehidów szeregu $C_n H_{2n+2}$ okazuje wybitne własności polimeryi

[tryoksymetylen (H. COH)^3 

paraformaldehid (H. COH)^n]

i daje się zagęścić przez ułożenie 6 drobin w jedną $C_6 H_{12} O_6$ w najrozmaitsze formy cukrów, mianowicie pod wpływem słabych alkaliów.

Ogólnego biologicznego znaczenia nabrał aldehid mrówkowy od czasu, gdy A. Bayer wypowiedział zdanie, że ten związek ma być pierwszym produktem assymilacyi komórki roślinnej.

Jak wiadomo, zieleń komórki roślinnej pod wpływem światła redukuje pochłonięty CO_2 i tworzy przez syntezę najrozmaitsze składniki swego ciała. Osobne okresy tej sprawy biologicznej nie są nam jeszcze znane; wiadomo tylko, że cukry rychło powstają, jednak są to zbyt złożone związki, aby w nich widzieć można było bezpośrednie produkta redukcyi dwutlenku węgla.

Według A. Bayera ma przedewszystkiem w zielonych częściach rośliny dwutlenek węgla odtleniać się na aldehid mrówkowy,

$$(CO_2 + H_2O = CH_2O + O_2),$$

który w zetknięciu ze słabemi zasadami, solami i kwasami łatwo zagęszcza się na cukry

$$(6\ CH_2 O = C_6 H_{12} O_6).$$

Teorya ta nabiera tem większego prawdopodobieństwa, iż w ostatnich czasach powiodło się Fischerowi otrzymać syntetycznie z formaldehidu związek, należący do grupy cukrów: z. akrozę, co też jest jedną z najnowszych zdobyczy chemii organicznej.

Nie potrzebuję bliżej zastanawiać się nad tem, jakiej doniosłości są dla nas tego rodzaju badania, które w końcu mogą rzucić jakieś światło na istotę i tworzenie się ciał białkowatych.

Pod względem praktycznym nabiera formaldehid znaczenia przez swe zabójcze działanie na pierwoszczę komórki, daje się przeto w pewnych okolicznościach wyzyskać jako dzielny antyseptyk a nadto pod to, że pod jego działaniem tkanki organiczne doskonale się konserwują i twardnieją. Formaldehid łączy przeto w sobie trzy bardzo cenne właściwości, antyseptyczną, konserwującą i stwardniającą.

Co do własności antyseptycznych to pierwszy o tem wspomina Loew na posiedzeniu Tow. morfologiczno-fizyologicznego w Monachium dnia 1. Maja 1888 roku: ... *Physiologisch interessant ist er* (CH_2O) *durch seine Wirkung auf Eiweisstoffe, Enzyme und lebendes Protoplasma. Eine* 0·1 ‰ *Formaldehydlösung bringt Algen* (*Spirogyra*) *innerhalb 12 Stunden zum Absterben, wobei das Chlorophyllband Perforationen bekommt und das Cytoplasma Contractionen und Trubung erfährt.* Spaltpilze *konnen sich in einer sonst vortrefflichen peptonhaltigen Nährlosung nicht entwickeln, wenn* 0·1% *jenes Aldehyds zugesetzt wird.* Sprosspilze *vertragen noch* 0·1% *Formaldehyd in Nährlösung einige Zeit. Asseln, Würmer* (*Planarien*) *und Mollusken* (*Planorbis*) *sterben binnen 1—2 Stunden, wenn dem Wasser* 0·5 ‰ *Formaldehyd zugesetzt wird, gewisse Insektenlarven konnen jedoch bei dieser Concentration tagelang fortleben.*

Trillat w 1892 roku mówi: *Une des plus remarquables propriétés de l'aldehyde formique est son pouvoir antiseptique. En 1888. j'avais déjà remarqué que l'urine additionnée de formaldehyde devenait imputrescible*... a dalej, że świnki morskie, gdy im zastrzyknięto pod skórę 0·53 do 0·66 grm. na kilogram wagi ciała a dawka ta formaldehidu nie bywała śmiertelną, gdy 0·80 zabijała, wydzielały mocz nie ulegający gniciu.

Według Trillata formaldehid ma przewyższać sublimat co do mocy antyseptycznej, jeżeli się nie uwzględnia szybkości działania, której jeszcze dokładnie nie oznaczono.

Następne doświadczenia i badania przedsięwzięte przez Buchnera i Segalla, Aronsona, Berlioza i Trillata, Stahla, Lehmanna, Gegnera, Philippa i innych, potwierdzają jego mocne działanie antyseptyczne, pierwszy jednak F. Blum zwraca uwagę na to, że CH_2O nawet w mocnych roczynach powoli zabija bakterye, gdy już bardzo słabe roztwory wystarczają, aby powstrzymać ich rozwój i doprowadzić do zupełnego obumarcia.

Do podobnych wyników dochodzą Slater i Rideal i Philipp.

Z powodu tej różnicy zapatrywań potrzeba jeszcze przedsięwziąć cały szereg doświadczeń i badań, ażeby dojść do zupełnie pewnych wniosków i módz praktycznie wyzyskać desinfekcyjne własności formaldehidu.

Co do własności konserwujących i stwardniających, które zamierzam Panom okazać, to pierwszy o nich wspomina Tril-

[1]) Firma Merklin i Lösekann w Hanowerze miała go pierwsza wyrabiać fabrycznie. Trillat otrzymał patent w Niemczech 1. Grudnia 1889.

lat w 1892 roku: ..... *L'aldéhyde formique a la propriété d'être rapidement absorbée de ses solutions lorsqu'on y plonge des fragments de peaux fraiches. Le tissu se gonfle et semble former une véritable combinaison analogue au cuir. Les viandes, de quelque nature qu'elles soient, se conservent indéfiniment lorsqu'elles ont été plongées dans des solutions de formaldéhyde.... L'aldéhyde formique coagule l'albumine, avec laquelle elle donne une masse transparente et d'aspect gelatineux, le sang est egalement coagulé* ...

Następnie Hauser robi spostrzeżenie, że para formaliny doskonale konserwuje rozwinięte hodowle na żelatynie, która przybiera konsystencyę podobną do stwardniałej w 70% wyskoku celoidiny i potem już nawet w bardzo wysokiej temperaturze nie rozpłynia się więcej.

Nakoniec nadmienia F. Blum, że rozpoczynają się próby z formaldehidem celem konserwowania zbiorów w muzeum Senkenberga we Frankfurcie nad Menem.

Na podstawie powyższych danych rozpocząłem doświadczenia z formaldehidem w Październiku 1893 r. po otrzymaniu zamówionego przez aptekę p. Mikolascha w dniu 22. Października 1893. przetworu.

Gdy kilka pierwszych prób z kawałkami mięsa, skóry i różnych żywych tkanek roślinnych potwierdziło spostrzeżenia Trillata, zacząłem używać formaldehidu do przechowywania wszystkich wyciętych nowotworów, jakoteż części i całych organów oddalonych przez operacyę.

Po przeprowadzeniu różnych modyfikacyj, uważam następujący sposób konserwowania tych organów za najodpowiedniejszy; wycięte nowotwory lub organa wkłada się w 1 do 2% wodny roztwór formolu czyli formaliny na dzień lub dwa, poczem płyn zabrudzony zmieniam.

Po 8—14 dniach można już preparaty wyjąć i przechowywać w słoju szklanym ze szlifowanym korkiem, baczyć tylko należy, ażeby na dnie naczynia znajdowało się nieco płynu, t. j. ażeby preparaty znajdowały się ciągle pod wpływem wilgotnej pary formolu.

Na tak przechowanych preparatach, jak Panowie przekonać się możecie (demonstracya) nie można wyśledzić po upływie przeszło jednego roku żadnego śladu rozkładu, żadnej kolonii bakteryi, drożdży lub pleśni. Tłuszcz, skóra, nowotwory rakowe sutek, warg i jelit, gruczoły gruźlicze, jądra, torbiele, przechowują się nietylko w sposób prawie naturalny co do barwy, kształtu i wymiarów, lecz nabierają pewnej tęgości i jędrności, bez najmniejszego skurczenia, co, jak wiadomo, jest wielką wadą alkoholu.

Na przekroju wyglądają jakby zupełnie świeże, nacieki zaś rakowe odbijają doskonale od sąsiednich zdrowych tkanek jako biała zbitsza, zrazikowata masa. Tłuszcz nie uległ najmniejszej zmianie, skóra nabrała nieco tęgości, zachowała jednak elastyczność i barwę, jak to widać na brodawce sutek, mięśnie prążkowane tylko przybladły, słowem, mamy do czynienia z jednym z najlepszych po dziś dzień znanych środków konserwujących tkanki organiczne.

Do badań mikroskopijnych używałem dotychczas formolu podobnie jak F. Blum, do szybkiego zabicia i stwardnienia tkanki w 5—10% roczczynie przez kilka godzin lub dni, następnie wkładałem preparat do wyskoku, rozumie się z zachowaniem zasadniczego prawidła techniki histologicznej, t. j. ażeby żywą tkankę jak najszybciej zabić a nie konserwować obumarłej.

W ten sposób przysposobiona tkanka ma tę wyższość nad stwardniałą wprost w alkoholu, iż się nie kurczy i zachowuje najnormalniejsze stosunki. Preparaty takie barwią się bardzo dobrze, substancya chromatyczna jąder występuje wybitniej, mitozy są wyraźniejsze, ciałka krwi uwidaczniają się w naczyniach włosowatych daleko lepiej niż w wyskokowych; w ogóle mogę potwierdzić w zupełności własnymi preparatami obszerniejszą pracę w tym względzie Reimara.

Różnica zapatrywań pomiędzy Hermannem, który mówi: .... *Ein Farbstoff freilich wird auch durch das Formalin zerstört, der Blutfarbstoff; derselbe wird sehr schnell aus dem Geweben und Organen ausgelaugt*... a F. Blumem .... *Die rothen Blutkörperchen treten deutlicher als bei ausschliesslicher Alkoholhartung hervor*... polega na przeoczeniu okoliczności, że przybladła lub zbrunatniała obfita w krew tkanka z formolu, przybiera żywo czerwoną barwę napowrót gdy się ją włoży do alkoholu. Przekonać się o tem można bardzo dobrze na przykład na łożysku. Wspomina już o tem J. Blum: ..... *Allerdings verblassen die Blutbezirke und verschwinden zunächst scheinbar in der Formollösung. Nimmt man aber die Präparate aus dieser Flüssigkeit und taucht sie in nicht zu schwachen Alkohol* (60—90%), *so tritt die charakteristische Blutfärbung an ihnen wieder hervor und man erhält ein prächtiges Bild der Vertheilung der Gefässe in dem betreffenden Objekte. Am schnellsten erscheint die frische Blutfärbung in hochprozentigem Alkohol.*

Der Wechsel vom Formol und Alkohol kann wiederholt werden und es zeigen sich dabei immer wieder dieselben Reaktionen.

Co do zastosowania formaldehidu w praktyce chirurgicznej, jak to zaleca w swych okólnikach firma przedtem E. Scheringa, to muszę przestrzedz Panów pod tym względem. Formaldehid jest bowiem środkiem mocno drażniącym skórę tak, iż po użyciu na wierzch zwykłego mulowego opatrunku waty Brunsa, wystawionej przez dni kilka na działanie pary formolu, powstał bardzo mocny rumień (*erythema*) i pieczenie. Zastosowany na jakąkolwiek ranę formol, sprawia bardzo mocny ból piekący, to samo zastrzyknięty 1 grm. 0·5% roczczynu w gruczoł gruźliczy.

Z tego powodu dopiero późniejsze badania o użyciu w praktyce jako środka leczniczego rozstrzygną.

Dziś już jednak musimy uważać aldehid mrówkowy za jeden z nadzwyczaj cennych środków konserwujących i stwardniających tkanki organiczne, dalsze zaś badania mogą dopiero rozstrzygnąć o ile te cenne własności formaldehidu dadzą się wyzyskać praktycznie: 1) do desinfekcyi; 2) do robót anatomicznych w prosektoryach; 3) do balsamowania.

Z badań w tym względzie podjętych zdam sprawę po ich ukończeniu. Obecnie mogę Panom zakomunikować, że podjęte na wielką skalę przez prof. Kadyego w tutejszym nowym zakładzie anatomicznym próby z formaldehidem dały wyniki nadzwyczaj uwagi godne; jest bowiem wszelka nadzieja, że tak samo jakeśmy potrafili się pozbyć rozkładu ciała żywego i gorączki przyrannej ze sal operacyjnych, tak samo potrafimy powstrzymać rozkład ciała martwego i usunąć woń tej sprawie właściwą z prosektoryów. Byłby to

pierwszy i może jedyny zakład anatomiczny w świecie, w którym żadne jeszcze zwłoki nie uległy zgniciu.

Następuje demonstracya przekrojów mózgu doskonale zakonserwowanych w formolu przez prof. Kadyiego i w jego imieniu jako nieobecnego.

Nakoniec demonstruje prelegent bardzo czułą reakcyę formaldehidu podaną przez Trillata roztworem aniliny.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

II. Grupa druga,

obejmująca przypadki, w których podawano cukier w bardzo wielkich ilościach osobom ciężarnym a to w celu przekonania się, jak w ogóle bardzo wielkie dawki cukru będą oddziaływać na matkę i płód, a w szczególności, czy cukier nie ma własności wywoływania skurczów macicy ciężarnej.

1) R. F., lat 28. Nr. prot. 177. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe. Przez trzy pierwsze miesiące ciąży *vomitus gravidarum;* obecnie od dłuższego czasu nic jeść nie może. Badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. 7. Kwietnia podano jej o godz. 6. rano 60 grm cukru, o godz. 8. rano 60 grm. bez skutku, o godz. 10. rano 75 grm. bez żadnego wpływu na macicę i na stan ogólny, bez dostrzeżenia żadnego wpływu na płód. W moczu tego samego dnia wykazano ślad cukru. 19. Kwietnia o godzinie 8. rano podano jej 100 grm. cukru, o godz. 10. rano 100 grm. bez żadnego wpływu, o godz. 12. 100 grm. o godz. 2. po południu 100 grm. cukru i nie dostrzeżono żadnego skutku, o godz. 4. po południu podano znów 100 grm. poczem wystąpiły słabe ściągania się macicy, słabe bóle kłujące dołem w brzuchu, bóle w krzyżach, tętno płodu nie zmienione, silne, równe, tak jak przed rozpoczęciem doświadczenia. O godz. 6. wieczór podano jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem ściągania się macicy stały się jeszcze silniejsze, ciężarna jednak dostała wśród tego biegunki i zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku podsercowym, skutkiem czego przerwano doświadczenie. W moczu wykazano cukier. Na drugi dzień biegunka mniejsza, wieczorem zupełnie nawet ustąpiła, ból w dołku mniejszy, ściągania się macicy ustąpiły, tętno płodu bez zmiany, dobre. Przez dzień 20., 21., 22. Kwietnia utrzymywał się cukier w moczu. W dniu 8. Maja urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 25. Nr. prot. 89. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Mocz prawidłowy. 9. Kwietnia rano wykazało badanie część pochwową na falangę długą, rozpulchnioną, ujście szparowate przepuszcza koniec palca, ku górze szyjka się zwęża. Dnia tego o godz. 8. rano podano 100 grm. cukru, o godz. 9. 100 grm. o godz. 10. 100 grm. cukru, bez żadnego wpływu. Skurcze macicy nie wystąpiły żadne, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Dnia 10. Kwietnia o godz. 6. rano podano jej 100 grm. cukru, o godz. 10. 100 grm., o godz. 1. w południe 100 grm., o godz. 4. 100 grm. i o godz. 7. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru. Dopiero około godz. 6. wieczorem zaczęła się skarżyć na ściągania dołem i ból w krzyżach, jak niemniej na bardzo silne ruchy płodu. Wieczorem zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku, biegunka nie wystąpiła. Badanie około godziny 10. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, tętno płodu dobre, silne, ruchy płodu bardzo częste i silne; część pochwowa rozpulchniona skrócona, ujście dla palca drożne, szyjka ku górze rozszerza się nieco. Dnia 11. Kwietnia ustąpiły ściągania się macicy, część pochwowa i szyjka jak przed doświadczeniem. Cukier w moczu utrzymywał się przez $3^1/_2$ dnia. 23. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

3) U. N., lat 24, Nr. prot. 165. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 16. Kwietnia wykazało badanie część pochwowa na falangę długa, nieco rozpulchniona, ujście kształtu groszka, bólów porodowych nie ma. O godzinie 10. przed południem podano 100 grm. cukru, poczem według podania ciężarnej ruchy płodu były silniejsze, o godz. $11^1/_2$ podano 100 grm. poczem wystąpiły bardzo słabe ściągania dołem, o godz. 1. w południe 100 grm. a o godz. 4. po południu 125 grm. wystąpiły wybitne ściągania macicy; o godzinie $5^1/_2$ dostała 125 grm. cukru, o godz. 7. wieczorem 125 grm. a o godz. 8. wieczór jeszcze raz 125 grm. Badanie wieczorem wykazało ściągania macicy wyraźne, część pochwowa na zaniknięciu, w kształcie cypelka, ujście jak groszek. Tętno płodu dobre, ruchy mocniejsze. Wieczorem wystąpiła biegunka bez bólów. 17. Kwietnia stan ten sam, biegunki nie ma, ból w dołku, brak apetytu. 18. Kwietnia ściągania się macicy ustały zupełnie. 19. Kwietnia wykazało badanie część pochwową na pół falangi długą na nowo utworzoną, ściągań macicy żadnych. Ciężarna czuje się zupełnie zdrową, przypadów ze strony przewodu pokarmowego nie ma żadnych. Przez dzień 16., 17. i 18. Kwietnia wykazano w moczu cukier. 28. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

4) R. R., lat 27. Nr. prot. 297. Ciąża II., miesiąc księżycowy IX. skończony. Położenie płodu czaszkowe I., płód żyje. Mocz prawidłowy. 27. Czerwca rano wykazało badanie część pochwową rozpulchnioną na falangę długą, ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami na koniec palca, drożne, ku górze szyja się zwęża. O godz. 10. rano 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczorem 100 grm.; wieczorem skarży się na słabe bóle dołem i w krzyżach. 28. Czerwca rano podano 100 grm., w południe 100 grm. i wieczór 100 grm. cukru, ściągania się macicy dość wyraźne, ruchy płodu bardzo silne, tętno dobre. 29. Czerwca rano 100 grm. w południe 100 grm., wieczór 100 grm. cukru, badanie wykazało skurcze macicy wyraźne, szyjka macicy rozszerza się ku górze. 30. Czerwca rano ciężarna po podaniu 100 grm. cukru dostała wymiotów i bólu w dołku i dlatego cukru więcej nie podawano. Przez cały dzień skurcze macicy coraz słabsze. Dnia 1. Lipca wieczorem badanie nie wykazało ściągań się macicy, część pochwową na falangę długą, szyjka zwęża się ku górze, tętno płodu dobre. Ból w dołku podsercowym mniejszy znacznie, biegunka nie wystąpiła. W dniach 27., 28., 29., 30. Czerwca i 1., 2., 3. i 4. Lipca wykazano w moczu cukier. 3. Lipca ciężarna czuła się zupełnie zdrową. 22. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

5) M. D., lat 28. Nr prot. 325. Ciąża II., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma. Dnia 4. Lipca rano, ciężarna bólów żadnych nie ma, część pochwowa na falangę, ujście tworzy szparę na koniec palca drożną, ku górze szyja się zwęża; rano dostała 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczór 100 grm. Ruchy płodu silniejsze, bólów żadnych nie ma. Dnia 5. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem słabe ściągania dołem co $^1/_2$ godziny. 6. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm., wieczorem ściągania dołem i ból w krzyżach silniejszy, część pochwowa skrócona. 7. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem skurcze macicy wyraźne co 20 do 30 minut silne, część pochwowa na pół falangi, ujście wygodnie przepuszcza palec, szyjka ku górze rozszerza się nieco, tętno

płodu dobre. Ciężarna skarży się na nudności i ból w dołku; przez czas doświadczenia miała 2 do 4 stolców płynnych dziennie bez bólów. 8. Lipca skurcze macicy słabe, ból w dołku i brak apetytu. 9. Lipca stan ten sam. 10. Lipca ściągań macicy i bólu w krzyżach nie ma, część pochwowa na falangę, szyjka ku górze zwęża się, tętno płodu dobre. Ból w dołku ustąpił, nudności nie ma, apetyt wrócił, stan ogólny zupełnie dobry. Od początku doświadczenia to jest od dnia 4. Lipca aż do dnia 11. Lipca znajdował się cukier w moczu w bardzo małych ilościach. 26. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

6) L. P., lat 26. Nr. prot. 305. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX., Położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Dnia 16. Lipca rano wykazało badanie część pochwowa rozpulchniona, na falangę długą, ujście dla końca palca drożne, ku górze szyja się zwęża. Bólów nie ma żadnych. O godzinie 8. rano podano 100 grm. cukru, o godz. 10. przed południem 100 grm., o godz. 12. jeszcze 100 grm. a o godz. 2. po południu 100 grm. Ciężarna skarży się na ciągnienie w członkach, bóle kłujące dołem w brzuchu i w krzyżach i na silne bardzo ruchy płodu. O godz. 4. po południu dostała 100 grm., o godz. 6. znów 100 grm. a o godz. 8. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem wystąpiły bardzo wyraźne skurcze macicy. Badanie o godz. 11. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, ruchy płodu silne i częste, tętno płodu dobrze słyszalne, silne, część pochwowa krótka, prawie na zaniku, ujście zewnętrzne wielkości centa. Ból w dołku podsercowym znaczny, nudności i uczucie gniecenia, biegunki nie ma, przez cały dzień miała dwa stolce. Dnia 17. Lipca rano skurcze macicy wyraźne, część pochwowa prawie zupełnie zanikła, ujście na centa. Biegunki nie ma. 18. Lipca skurczów macicy nie ma żadnych, ból w dołku nie znaczny. Badanie 19. Lipca wykazało część pochwowa na nie całą falangę, ujście drożne dla palca, zwęża się ku górze, ściągań macicy nie ma żadnych, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Ciążarna czuje się zupełnie zdrowa. W dniu 16. 17. i 18. Lipca wykazano w moczu cukier. 31. Sierpnia urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

7) A. B., lat 25. Nr. prot. 384. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Badanie dnia 3. Sierpnia wykazało część pochwowa na falangę długą, rozpulchniona, ujście kształtu grochu. Sciągań macicy nie ma żadnych. Rano o godzinie 7. podano jej 100 grm. cukru, o godz. $8^1/_2$ rano 100 grm., o 10. znów 100 grm. cukru, a o godzinie $11^1/_2$ przed południem jeszcze 100 grm., poczem wystąpiły słabe ściągania dołem i bóle w krzyżach, ruchy płodu wzmożone, tętno płodu dobre. O godz. 3. po południu dostała 100 grm., o godz. $4^1/_2$ 100 grm., o godz. 6. znów 100 grm. a o godzinie $7^1/_2$ wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, wystąpiły ściągania się macicy wyraźne, bóle w krzyżach dość silne. Wieczór wystąpił ból w dołku podsercowym, nudności, wymioty i biegunka. Badanie około 11. w nocy wykazało ściągania macicy wyraźne, tętno płodu dobrze słyszalne, część pochwowa zaledwie na 2—3 milimetrów długa, a więc na zaniku, ujście jak groszek. 4. Sierpnia ból w dołku zmniejszył się, biegunka ustąpiła, skurcze macicy bardzo słabe i rzadkie. Dnia 5. Sierpnia ściągań macicy nie ma żadnych, część pochwowa wytworzyła się na nowo i jest na pół falangi długa, przypady ze strony przewodu pokarmowego ustąpiły zupełnie. Cukier w moczu wykazano 3. 4. i 5. Sierpnia. 22. Sierpnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

Przypadek, który opisuję na końcu jest ważnym z powodu, iż przez podawanie cukru udało się wywołać poród przed końcem ciąży z korzyścią dla matki i płodu.

8) K. T., lat 31. Nr. prot. 193. Ciąża V., miesiąc księżycowy IX., położenie płodu czaszkowe I. nie ustalone, główka wysoko nad wchodem. Miednica płaska: D. S. = 26. D. C. = 28. D. T. = 30. cm. *Conj. extr.* = nie całe 18 cm. Pierwsze trzy porody miały być długo trwałe i ukończone przez trepanacyę i wymóżdżenie płodów, płody miały być bardzo silnie rozwinięte i wielkie. Czwarty raz rodziła w klinice położn. ginek. jak stanowczo twierdzi w IX. miesiącu, wykonano obrót na nóżki i wydobyto płód żywy, który miał żyć 4 miesiące. Obecnie ostatnią regularność miała przy końcu Lipca 1893. r. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 7. Kwietnia podano ciężarnej olejek rącznikowy i zalecono dyetę posilną, lecz prawie wyłącznie płynną. Dnia 8. Kwietnia badanie wykazało część pochwową na niecałą falangę, ujście szparowate, szyja zwęża się ku górze; o godzinie $6^1/_2$ rano podano jej 75 grm., o godz. $8^1/_2$ rano 75 grm., poczem miała doznać uczucia ściągania w pasie, ruchy zaś płodu wzmogły się znacznie. O godz. $10^1/_2$ przed południem dostała 100 grm. cukru a o godz. 12. w południe 100 grm.; wystąpiły słabe bóle dołem i w krzyżach. O godzinie $1^1/_2$ po południu dostała 100 grm., o godzinie 7. wieczór 100 grm. cukru, poczem wystąpiły dość silne skurcze macicy. Badanie wykazało: część pochwowa na zaniku, ujście zewnętrzne przepuszcza wygodnie dwa palce. 9. Kwietnia bóle znacznie słabsze, wieczorem ustały zupełnie, badanie wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. Przez cały dzień 10., 11. i 12. Kwietnia nie miała silniejszych skurczów macicy. W dniu 8., 9., 10. i 11. Kwietnia wykazano w moczu cukier. Badanie 12. Kwietnia wieczorem wykazało część pochwową prawie zupełnie zanikłą, ujście zewnętrzne rozwarte na koronę, brzegi rozpulchnione, podatne. O godz. 6. wieczorem podano jej 100 grm. o 8. godz. 100 grm. a o godz. 10. wieczór 100 grm. cukru. W nocy 12. na 13. Kwietnia wystąpiły bóle silniejsze, rano 13. Kwietnia ujście było już prawie rozwarte, główka wysoko nad wchodem, więcej na talerzu biodrowym lewym. O godz. 10. przed południem przy ujściu zupełnie rozwartem, pęcherzu utrzymanym wykonano obrót na nóżkę, pomoc ręczna, a wreszcie wydobycie trudne główki płodu żywego, prawie donoszonego, o ciężarze około 3000 grm., długości nie całych 50 cm. Dnia 13. i 14. Kwietnia wykazano w moczu ślad cukru. Połóg prawidłowy.

W powyższych doświadczeniach jako największą dawkę cukru przez dzień podano 800 grm. w przypadkach 3. i 7., najmniej zaś bo 300 grm. dziennie, lecz za to 3 dni z rzędu, podano w przypadku 4. a przez 7 dni z rzędu w 5. przypadku. Doświadczenia te pouczają nas, że po podaniu bardzo wielkich ilości cukru osobom ciężarnym w końcu ciąży, istniejące u nich słabe ściągania macicy potęgują się i że wystąpić mogą nawet skurcze macicy i wywołać poród. Z zestawienia zaś tych przypadków wynika, iż w celu wywołania skurczów macicy lepiej jest podawać większą ilość cukru w przeciągu jednego dnia, aniżeli przez kilka dni z rzędu mniejszą ilość, a dalej, iż w celu wywołania skurczów macicy u pierwiastek potrzeba użyć większej ilości cukru, aniżeli u wieloródek. Niekorzystnego wpływu na płód nie dostrzeżono w powyższych doświadczeniach, po większych dawkach występowały tylko silniejsze i częstsze ruchy płodu. Natomiast u osób, które poddano doświadczeniom, stale występowały w mniejszym lub większym stopniu przypady ze strony przewodu pokarmowego w postaci ostrego nieżytu żołądka i jelit tak, że u niektórych osób z tego powodu musiano natychmiast zaprzestać doświadczenia i zalecić odpowiednią dyetę. Oświadczam jednak wyraźnie, iż wymioty i biegunka występowały znacznie później po wykazaniu już silniejszych ściągań się macicy, które zatem powstawały niezależnie od zboczeń w przewodzie pokarmowym. Przypady te nieżytu żołądka i jelit w naszych przypadkach ustępowały bardzo szybko bez śladu, najdłużej bowiem utrzymywały się przez dwa dni po ukończeniu doświadczenia. O wiele ważniejszą

po podaniu bardzo wielkich ilości cukru jest stale występująca glikozurya trwająca czas dłuższy, bo utrzymująca się przez 3—4 dni po ukończeniu doświadczenia. Wprawdzie we wszystkich naszych przypadkach glikozurya ta ustąpiła bez śladu i bez widocznej szkody dla organizmu, prawdopodobnie dlatego, iż wybierano do doświadczeń osoby zupełnie zdrowe, jednak na podstawie tych ośmiu przypadków nie ośmieliłbym się twierdzić, iż glikozurya powstała skutkiem podawania tak wielkich ilości cukru ustępuje zawsze bez śladu, owszem zdaje mi się, że u osób skłonnych do glikozuryi, a za takie z wszelką pewnością na podstawie badań Neya uważać musimy osoby ciężarne i rodzące, mogłaby ona utrzymywać się w niektórych przypadkach znacznie dłużej, co z pewnością nie mogłoby być obojętnem dla całego ustroju. A zatem podawanie bardzo wielkich ilości cukru mogłoby wpłynąć niekorzystnie na zdrowie matki a pośrednio na płód i dlatego w takich doświadczeniach nie należałoby przekraczać pewnej dawki cukru, którą w przybliżeniu oznaczyć można oczywiście dopiero na podstawie wielkiej liczby doświadczeń.

Na podstawie tych wszystkich powyż opisanych doświadczeń powiedzieć możemy, że:

1) Cukier podawany w bardzo wielkich dawkach osobom ciężarnym w końcu ciąży potęguje istniejące ściągania się macicy.

2) Cukier podawany w dość znacznych dawkach osobom rodzącym tak na czasie jakoteż i przedwcześnie wzmacnia bóle porodowe tak w pierwszym, jakoteż i w drugim okresie.

3) To zwiększenie się bólów porodowych po podaniu cukru nie zawsze zależy od jego ilości i dlatego działanie cukru pobudzające na mięsień macicy nie jest pewnem a z opisu doświadczeń wynika, iż działanie to wcale nie jest znacznem.

4) Cukru w bardzo wielkich ilościach nie należy podawać ani osobom ciężarnym ani rodzącym, a to z powodu występującej i czas dłuższy utrzymującej się glikozuryi.

Wobec tego sądzę, że podawanie cukru w celu wzmocnienia bólów porodowych nie będzie miało wielkiego powodzenia i znaczenia w praktyce, co najwięcej można zdaniem moim podawać cukier z dobrym skutkiem w drugim okresie porodowym, tak w celu wzmocnienia bólów w drugim okresie, jakoteż w celu lepszego, silniejszego kurczenia się macicy w trzecim okresie porodowym. Dla uzyskania skutku w takich przypadkach nie będzie potrzeba podawać cukru zbyt wielkich ilości a więc takich, które z pewnością szkody nie przyniosą. Nie sądzę jednak, iżbym miał prawo wypowiadać ostatnie słowo w tym względzie, za mała bowiem liczba moich doświadczeń na to stanowczo nie pozwala.

IV. Oceny i sprawozdania.

K. Maydl: **Ueber subphrenische Abscesse**. Mit 8 Tafeln in Heliogravure und 12 Figuren im Texte. XI i 357. Wiedeń, nakładem J. Safara. 1894.

Słynny profesor chirurgii czeskiego uniwersytetu w Pradze przynosi nam w krótkim czasie już drugie obszerne dzieło traktujące o ważnych postaciach patologicznych. Monografia obecna, której tytuł powyżej podaję, jest, jak to sam autor w przedmowie wypowiada, jakby ciągiem dalszym poprzedniej, wydanej przed trzema laty pod tytułem: *Ueber den Echinokokkus der Pleura und die ihn vortäuschenden Localisationen derselben Krankheit.*

Gdy przedmiot, o którym obecnie mowa, ma niezwykłe znaczenie nie tylko dla specyalisty operatora, lecz dla każdego lekarza, przeto pragnę Czytelników naszego pisma zapoznać przynajmniej z grubsza z treścią rozprawy pod każdym względem znakomicie obrobionej i nowy przyczynek do dyagnostyki i terapii chorób klatki piersiowej przedstawiającej.

W zarysie historycznym przytacza autor, że jakkolwiek dopiero od r. 1880, t. j. od czasu pojawienia się pracy Leydena o *pneumothorax subphrenicus*, zaczęliśmy rozprawiać i zastanawiać się nad powyższą chorobą, to bliższe poszukiwania wykazały, że nie była ona poprzednio tak zupełnie nieznaną, i wskazuje z niemieckich autorów na Volkmanna i Tillmanusa, z francuskich: Cossego, Bouchauda i Rigala, z angielskich: Fenwicka, Barłowa i Williamsa, którzy takie same, lub podobne rzeczy opisywali a nawet podobnie nazywali, a kto wie czy nie lepiej, nazwa bowiem *faux pneumothorax* może lepiej maluje rzecz, niż *pneumothorax subphrenicus*.

Następnie poświęca autor kilka kartek topografii tej okolicy, którą przedstawia dla lepszego zrozumienia w trzech przekrojach poprzecznych i trzech podłużnych, wykonanych w przepysznej heliograwurze. Szczegółów tych niepodobna mi podać nawet w skróceniu; uważam sobie za obowiązek polecić każdemu interesującemu się tą sprawą przejrzeć ten pouczający rozdział.

Pod względem anatomii patologicznej sprawy w mowie będącej, rozwija autor niezwykłe bogactwo spostrzeżeń i uwag popartych dokładnymi opisami a tu i ówdzie bardzo pouczającemi rycinami, które polecam szanownym kolegom, interesującym się temi sprawami, przestudyować, tutaj zaś podaję tylko w zarysie zdobycze z tego studyum wynikłe.

Autor dzieli ropnie podprzeponowe na śródotrzewnowe i pozaotrzewnowe według tego, czy ropień ograniczony jest otrzewną przepony i organami śródotrzewnowymi, czy też, że on znajduje się poniżej przepony, lecz nie ma żadnego związku z otrzewną i ograniczony jest organami znajdującymi się poza otrzewną.

Tak jedne jak i drugie mogą znajdować się albo po prawej, albo po lewej stronie, przyczem mają dążność do rozszerzenia się albo w kierunku poprzecznym, albo też w kierunku podłużnym. Ten pierwszy przypadek wydarza się o wiele rzadziej a szczytem tejże dążności było zdarzenie, że po obu stronach znajdowały się ropnie podprzeponowe, które naturalnie z sobą komunikowały.

Do wyjątków, mimo to spostrzeganych, należą ropnie podprzeponowe obustronne, lecz z sobą nie komunikujące. Ropnie te miały po obu stronach za punkt wyjścia nerki.

O wiele częściej mają ropnie podprzeponowe dążność do rozszerzania się w kierunku podłużnym i to w kierunku klatki piersiowej, a że one najczęściej biorą początek od wątroby lub kątnicy, przeto nic dziwnego, że ropnie te mają przeważnie siedzibę po stronie prawej.

Przytem ropnie te mają dążność do przebijania się do klatki piersiowej i to albo do przyrosłego płuca albo do wolnej jamy opłucnowej a czasem do worka osierdziowego. Tu i owdzie wydarzają się równoczesne surowicze wysięki do jamy opłucnowej lub osierdziowej w sąsiedztwie ropnia podprzeponowego, który naówczas nie przebija się do klatki piersiowej, co należy uważać nie za szczególniejsze zdarzenie, lecz za objaw wiele znaczący pod względem dyagnostycznym i terapeutycznym, o czem później będzie mowa.

Wyjątkowo nie przebija się taki ropień przez opłucną do jamy klatki piersiowej, lecz podminowawszy ją wypycha ku górze. Autor powołuje się na dwa przypadki tego rodzaju a jeden z nich przedstawia w nader pouczającym drzeworycie, który wykazuje, że ropa podmino-

wała równocześnie i otrzewnę ścienną znacznej części brzucha i wydostawała się na zewnątrz w obu kanałach pachwinowych.

Na odwrót może się przebić ropień płucny albo otok opłucnowy przeponę a raczej w nią, w ten sposób, że podminuje i oddzieli od niej jej powłokę otrzewnową, skutkiem czego znów wytwarza się ropień podprzeponowy, lecz w kierunku z góry ku dołowi.

Dalej zwraca autor uwagę na to, że takie zbiorniki podprzeponowe nie zawsze zawierają ropę, lecz że płyn tam nagromadzony może być czysto surowiczy, krwawy albo surowiczy z domieszką żółci, zresztą może wyjątkowo być także pochodzenia nowotworowego a nawet potworowato-skórzakowego.

Rozpoznanie ropni podprzeponowych należy do trudniejszych zadań dyagnostyki lekarskiej, przyczem powtarza się okoliczność nie rzadko w medycynie spotykana, że cięższe przypadki łatwiej dają się rozpoznawać, niż lekkie. Do cięższych zaliczamy te ropnie, w których wytworzyły się już gazy (*pneumothorax subphrenicus*) a rozpoznanie ich właśnie z powodu obecności gazów staje się łatwiejszem.

Barlow był pierwszym, który ze świadomością za życia rozpoznał ropień podprzeponowy i to na podstawie, że mógł wykazać zbiornik gazu poniżej zbiornika płynu obok braku jakiejkolwiek choroby płucnej, któraby mogła była wywołać odmę piersiową; dalej że nie mógł przypuszczać zrostu oddzielającego ciecz od gazów a wreszcie, że w okolicy fałszywych żeber znalazł wybitniejszy odgłos amforyczny.

Najwybitniejszemi są na tem polu zasługi Leydena, który na podstawie całego szeregu postrzeganych przez siebie przypadków zestawił pewne cechy dyagnostyczne. Przypady, na których on opiera rozpoznanie, są *a)* wypuk nad płucem po stronie ropnia daje odgłos niezwykle pełny i głęboki; *b)* brakuje stłumienia wątroby, natomiast można ją wymacać znacznie poniżej łuku; *c)* od trzeciego żebra w dół słychać zamiast szelestu oddechowego podmuch amforyczny albo oddźwięk metaliczny; *d)* brak drżenia klatki piersiowej (*fremitus*) w dolnej części prawej klatki piersiowej, natomiast wybitny odgłos przy wstrząsaniu jej; *e)* w razie wykazania stłumienia pochodzącego od wysięku, można z łatwością wykazać zmianę w położeniu jego przy zmianie w położeniu chorego; *f)* przebieg choroby wskazuje na zapalenie w brzuchu; *g)* zupełny brak kaszlu i plwocin; *h)* oddech pęcherzykowy słyszalny tylko do 3-go żebra daje się przy głębokim wdechu słyszeć znacznie poniżej; *i)* przestwory międzyżebrowe zapadłe.

Neusser przyznając trafność tych uwag, gdzie idzie o odróżnienie wolnego wysięku od ropnia podprzeponowego, przeczy, jakoby można rozróżnić na tych danych wysięk otorbiony i dodaje ważny szczegół t. j. kształt linii dolnej, która przy ropniach podprzeponowych nie rzadko bywa ku dołowi wypukła.

Scheurlen znów zwrócił uwagę na przypad, który być może nie jest patognomonicznym dla ropnia podprzeponowego, w każdym razie obok innych może być nie złą wskazówką. Jest nim ta okoliczność, że robiąc próbną punkcyę, znajdujemy w dwóch przy sobie przestworach międzyżebrowych różne płyny a mianowicie w górnym surowiczy, gdy w tuż poniżej położonym wydobędziemy cuchnącą posokę (nie ropę).

Bouchaud i Neusser wykazali możliwość powstawania oddźwięku amforyczno-metalicznego w jamie zawierającej gazy a nie połączonej przetoką ani z płucem ani z powietrzem zewnętrzem, skutkiem czego objaw ten znaleziony w danym przypadku może także być wyzyskanym pod względem dyagnostycznym.

Herrlich zwraca uwagę na znaczenie wybitnego rozdęcia klatki piersiowej i przestworów międzyżebrowych tylko w dolnym jej końcu, co poniekąd nie zgadza się z twierdzeniem Leydena, że przestwory międzyżebrowe bywają zapadłe. Większość autorów przemawia za twierdzeniem Herrlicha.

W końcu jeszcze muszę zwrócić uwagę na spostrzeżenie Pfuhla, który twierdzi, że, jeżeli trójgraniec wbity w wysięk nadprzeponowy połączymy z manometrem, słup rtęci obniża się podczas wydechu, wznosi się podczas wdechu; wręcz przeciwnie zaś ma się rzecz przedstawiać, jeżeli trójgraniec wbiliśmy w ropień podprzeponowy. Autor twierdzi, że doświadczenie to udaćby się mogło chyba tylko w początkowym okresie, póki przepona jeszcze jako tako jest ruchomą i zgadza się z Jaffego zdaniem, że nie trzeba do tego aż manometru, że wystarczy uważać na ilość i chyżość odpływu podczas wdechu i wydechu; jeżeli bowiem jest on większym podczas wdechu, to przemawiałoby za położeniem ropnia pod przeponą.

Z tego widać, że nie ma pewnych objawów, na którychby się stanowczo w rozróżnianiu oprzeć można, że jednak mamy cały szereg szczegółów, które w niejednym razie bardzo dobrze dadzą się wyzyskać a w każdym razie powinny one nas zachęcać do dalszych w tym względzie badań i spostrzeżeń.

Rokowanie przedstawia się z zestawienia dotychczasowych przypadków bardzo złe, albowiem na 179 umarło 133 z czego tylko 6 wyleczyło się bez pomocy chirurgicznej przez przebicie się ropy do jakiejś przyrodzonej jamy lub na powierzchnią ciała. Smutny ten wynik dotychczasowych usiłowań ma przyczynę w tem, że z jednej strony stała na przeszkodzie nie wyrobiona jeszcze metoda dyagnostyczna, z drugiej zaś kulejąca technika chirurgiczna.

Obecne zestawienie powinno nas nauczyć, że nie powinniśmy liczyć wiele na wyleczenie naturalne, że istniejące już nawet przebicia się dobrowolne na zewnątrz nie chronią od złych następstw w dalszym przebiegu i w końcu że najwięcej jeszcze uratowano przypadków przez operacyą (na 74 operowanych wyzdrowiało 39 a umarło 35).

Dalej pouczają nas te zestawienia, że nieskuteczność operacyi miała przyczynę po największej części w tem, iż ropnie albo niedostatecznie opróżniono, albo przeoczono istnienie dalszych ropni.

Raz tylko jeden stał się sam zabieg operacyjny przyczyną śmierci. (Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Wyjęcie macicy przez pochwę wykonywamy w następujący sposób:

I. Akt. Pacyentka, u której przez dzień lub dwa dni przedtem odwietrzono należycie pochwę i szyję maciczną sublimatem i gazą jodoformową, zostaje ułożona na wznak jak do cięcia kamienia. Pole operacyjne odsłaniamy wziernikiem Martina, który do tego zabiegu został podany i jest rzeczywiście bardzo wygodny.

II. Akt. Otwarcie jamy Douglasa i podwiązanie naczyń, które czasem z rany pochwowej krwawią. Otwarcie zatoki pęcherzowo-pochwowej i przecięcie błony śluzowej w sklepieniach bocznych.

III. Akt. Podwiązanie więzów szerokich, przyczem zaczynamy zwykle od strony lewej, co jednak nie jest niezbędnem. Używamy do tego celu 6—8—10 ligatur z grubego jedwabiu (Nr. 6) w igłach Dechampa. Macica znajduje się przy podwiązywaniu pierwszego więzu *in situ*, dlatego idzie się od dołu do góry; po przecięciu tego więzu zostaje

sprowadzone dno przed pochwę i drugi, zwykle prawy wiąz zostaje podwiązany od trąbki aż do sklepienia bocznego.

IV. Akt. Jeżeli nic nie krwawi, tamponuje się pochwę gazą jodoformową, nie szyjąc wcale rany. Wiadomo, że zabieg, o którym mowa, aczkolwiek jest w użyciu dopiero od lat 15-tu, t. j. od publikacyi Czernego, Billrotha i Schedego, ma niesłychanie dużo odmian mniej lub więcej ważnych.

Dotycza one przedewszystkiem Aktu II., III. i IV. W akcie drugim n p. Fritsch zaczyna zabieg od podwiązania sklepień bocznych, Mackenrodt od otwarcia zatoki pęcherzowo-pochwowej a Schatz chowa oddzielenie pęcherza od szyi macicznej na sam koniec. W akcie trzecim tylko niektórzy operatorowie podwiązują więzy *in situ*, inni, jak Czerny, Fritsch i t. d. przechylają macicę ku przodowi i wyprowadzają przez sklepienie przednie; Schröder i Martin przeciwnie przez sklepienie tylne, jedni wiążą jedwabiem, inni katgutem, jeszcze inni zalecają ligatury elastyczne a nawet metalowe. W końcu (Spencer Wells, Pean, Richelot) dość znaczna liczba francuskich operatorów nie używa wcale podwiązek, zastępując je stałym dłuższy czas trwającym uciskiem za pomocą specyalnych kleszczyków (pince).

I w akcie czwartym postępowanie może być rozmaite. Można zamiast gazy użyć drenu gumowego lub szklanego i nie szyć wcale rany, można ją zaszyć częściowo, można ją w końcu zeszyć całkowicie.

Z tych wszystkich odmian (a wyliczyliśmy tu tylko ważniejsze), można naturalnie utworzyć cały szereg rozmaitych metod i spierać się o to, która z nich lepsza. Pierwszeństwo zdobyć sobie musi ten sposób, który dawać będzie najlepsze wyniki chwilowe i najlepiej będzie zabezpieczać przed nawrotem cierpienia; innemi słowy ten, który pozwoli nam szeroko wycinać tkankę okołomaciczną, nie narażając moczowodów na przecięcie. Poza tem użycie tego lub owego sposobu jest rzeczą obojętną. To też oprócz sposobu wyżej opisanego używaliśmy i innych a obecnie t. j. w roku bieżącym operujemy zaleconą niedawno metodą Mackenrodta[25]).

W najbliższej przyszłości zamierzamy zastąpić ligatury stałym uciskiem według metody Richelota. Nie stosowaliśmy jej dotąd dlatego, że nie ufamy naszym narzędziom; zastąpimy je sprowadzonemi z Paryża. Nie ubliża to w niczem naszym fabrykantom instrumentów, gdyż to samo uczynić musiał i Abel[26]) z Berlina, nie mogąc bez obawy używać narzędzi z fabryk miejscowych. Metoda Richelota zdaje się, że ma oprócz tego, że skraca operacya i zapewnia hemostazę, i tę zaletę, że przyspiesza leczenie pooperacyjne. Oddzielanie się bowiem ligatur nie odbywa się w każdym przypadku w dwóch lub trzech tygodniach. Znamy przypadki, w których miesiącami trzeba było czekać na wyjście jednej lub dwóch nitek.

Co się tyczy wyników trwałych, to nie możemy o nich mówić, opisując trzy tak świeże jeszcze przypadki; przecież i po pięciu latach choroba może jeszcze powrócić (Ott). Czy w naszych przypadkach powróci, nie wiemy, ale niestety prawdopodobieństwo wysnute ze statystyk za tem przemawia. Całkowite wyleczenie jest dosyć rzadkie, ale jak słusznie mówi Richelot[27]) „trzeba być skromnym i zadawalać się małem".

Jak widzimy ze zestawienia, mieliśmy do czynienia dwa razy z rakiem szyi, raz z rakiem trzonu, raz z mięsakiem trzonu. Przypadek raka trzonu należy do dość rzadkich.

Według Szukitsa wydarza się on tylko raz na 420 przypadków raka szyi, według innych autorów znacznie częściej (Schatz $2^1/_2\%$, Schroder $3\cdot4\%$, Pichot 6%).

Przypadek mięsaka jest jeszcze o tyle bardziej zajmującym, że mimo dokładnego badania klinicznego i mikroskopowego zaszła tu pomyłka dyagnostyczna. Twór, który palcem można było dobrze obmacać, musieliśmy uważać za polip łożyskowy, bo za tem przemawiały wywiady, cały stan obecny i co najważniejsza, wynik badania drobnowidowego. Tymczasem dalszy przebieg pouczył nas, że mamy do czynienia z mięsakiem. Zachodzi naturalnie pytanie, czy był on już wtedy mięsakiem, kiedyśmy go łyżeczką wydalali. Nie da się wykluczyć, że właśnie w resztach doczesnej i kosmków łożyskowych mógł się rozwinąć mięsak tak, jak może niewątpliwie powstać z niewinnego włókniaka macicy.

3) *Fibryomata uteri.* L. p. 58. S. H., lat 40, izraelitka, zamężna z Ulanowa. D y a g n o z a: *Fibromyoma uteri subserosum.* L e c z e n i e: *Exstirpatio tumoris met. Martin.*

W y w i a d y: Zamężna od lat 17. Rodziła 4 razy, ostatni raz przed 7 laty. Porody i połogi prawidłowe. Od 14 miesięcy uważa stałe powiększanie się brzucha. Od tego czasu regularność, która odbywa się co miesiąc jest poprzedzana bólami w krzyżach i dołem, zresztą nie doznaje żadnych przypadłości.

S t a n o b e c n y: Osoba wzrostu średniego, budowy miernej, źle odżywiona. Ciepłota prawidłowa, tętno 80. Brzuch lekko obwisły, wypuklony przez guz wychodzący z miednicy małej, który rozciąga się dość jednostajnie na boki i sięga w linii środkowej do wyrostka mieczykowatego, po bokach aż do okolic podżebrowych. Od spojenia do końca tumoru 39 cm., obwód przez pępek 91 cm., a przez największą wypukłość 94 cm. Guz ten niebolesny i nieporuszalny ma powierzchnię gładką, jest zbitości miernej. Odgłos wypukowy nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy.

B a d a n i e p r z e z p o c h w ę: Na wysokości falangi, poza wejściem do pochwy, przednia ściana pochwy znacznie wypuklona przez dolny odcinek wyżej opisanego guza. Części pochwowej wybadać nie można, dopiero w uśpieniu chloroformowem badając całą ręką można z trudnością dojść do ujścia zewnętrznego, znajdującego się ponad wzgórkiem kości krzyżowej. Dnia 3. Marca 1894. w narkozie chloroformowej, w ułożeniu poleconem przez Trendelenburga przystąpiono do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych (od spojenia łonowego prawie aż do wyrostka mieczykowatego) badanie bezpośrednie wykazało, że guz ten większy, niż głowa dorosłego człowieka wchodzi ku dołowi i w głąb miednicy małej tak, że ztąd objąć go nie można a na boki rozprzestrzenia się pomiędzy blaszkami więzadeł szerokich sięgając po stronie lewej aż do kreski *S romani*. Po podniesieniu guza ku przodowi, co udało się łatwo, gdyż nie było żadnych zrostów, pokazało się, że guz ten wychodzi z przedniej ściany macicy i zostaje z nią w związku na dosyć szerokiej przestrzeni i że macica jest znacznie wyciągniętą ku górze.

Trąbki i jajniki torbielkowato zwyrodniałe przylegały po obu stronach do tylnej powierzchni guza. Po założeniu dwóch szwów jedwabnych prowizorycznych w górnej części rany w celu zapobieżenia wysuwaniu się jelit na zewnątrz jamy brzusznej przystąpiono do wyłuszczenia guza, co zrobiono w następujący sposób. Po stronie prawej guza po podwiązaniu przecięto część więzadła szerokiego, torując sobie w ten sposób drogę pomiędzy guzem a otrzewną go pokrywająca. Następnie od tego miejsca przecinano coraz dalej otrzewną i guz na tępo oddzielano: oddzielenia guza od przedniej ściany macicy nieco trudniejsze udało się jednak dokonać na tępo. Większe naczynia krwionośne po oddzielaniu chwytano zasuwkami. W ten sposób oddzielono cały guz i wydobyto na zewnątrz. Po wydobyciu guza pozostała duża jama, z powierzchni której spływała dość obficie krew, dlatego jamę tę mocno wytamponowano i zastosowano ucisk. W dalszym ciągu zeszyto powierzchnię rany dosyć obficie krwawiącą, powstałą na przedniej ścianie macicy po oddzieleniu guza za pomocą szwu katgutowego kilkupiętrowego. Następnie po odcięciu obu zwyrodniałych jajników przystąpiono do podwiązania naczyń krwawiących z powierzchni rannej jamy, dotąd gazą jodoformową wytamponowanej. Skoro to uskuteczniono, zespojono po stronie lewej dwie przeciwległe blaszki otrzewny tworzącej wiąz szeroki lewy i kreskę *S romani*, zbywającą otrzewnę odcięto a brzegi torebki otrzewnowej

[25]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynakol. XXIX. p. 157.
[26]) Archiv f. Gynakol. XLVI p. 177.
[27]) Richelot: L'hysterectomie vaginale 1894. p. 28.

zeszyto z otrzewną ścienną dolnej części rany brzusznej i całą ranę po guzie pozostałą wytamponowano wypłukaną z jodoformu gazą jodoformową. Poczem w zwykły sposób zespojono resztę powłok brzusznych i założono opatrunek antyseptyczny. Operacya trwała $1^1/_2$ godziny. Stan chorej po operacyi był bardzo zły, tętno zaledwie wyczuwalne, kończyny chłodne, twarz sinawo blada. Pomimo stosowania całego szeregu środków pobudzających stan chorej się pogarszał, tak, że tego samego dnia zakończyła życie. Śmierć w tym przypadku nastąpiła wskutek znacznej utraty krwi w krótkim czasie, co z powodu odłuszczania tak dużego guza uniknąć się nie dało.

P. J. D. lat 50, zamożna, z Polanki. Rozpoznanie: *Fibromyomata corporis uteri intramuralia multiplicia, fibroma subserosum uteri nec non fibroma ovarii sinistri, ambo in cavo Douglasii incarcerata.* Leczenie: *Amputatio uteri supravaginalis.*

Wywiady: Rodziła dwa razy prawidłowo. W Sierpniu 1892. zaczęła krwawić. Leczenie hidrastinum, ergotyną i elektrycznością nie odniosło pożądanego skutku, a stan chorej z powodu ciągłych krwawień doszedł do tego stopnia chronicznej niedokrewności, że chora nie mogła się ruszać z łóżka i zaczęła gorączkować. Na życzenie rodziny zdecydowaliśmy się na operacyę, która wobec ogólnego stanu chorej nie dawała wielkiej szansy powodzenia.

Stan obecny: cera woskowa blada, tętno nikłe, chybkie, stan podgorączkowy. Na szerokość trzech palców nad spojeniem łonowem tumor o cechach włókniaka. Badanie oburęczne wykazuje macicę jednostajnie powiększoną, do spojenia przysuniętą, a nadto guz twardy w związku z macicą zostający, wypełniający jamę Douglasa, ruchomy.

1. Czerwca 1894. przystąpiono w narkozie eterowej do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych bez trudu wydobyto dwa guzy uszypułkowane z jamy Douglasa, z których jeden był włókniakiem macicy, drugi jajnika lewego. W samym miąższu macicy można było dostrzedz równocześnie kilka nowotworów.

Guz jajnikowy podwiązano i odcięto, poczem wykonano typową amputacyą nadpochwową macicy, z pomocą igieł Zweiffa. Chora straciła podczas operacyi bardzo niewielką ilość krwi wodnistej. Następnie zeszyto powłoki i założono opatrunek antyseptyczny.

Stan chorej po operacyi pogarszał się coraz więcej a wszelkie środki podniecające nie byłyby w stanie wzmocnić słabnącej coraz bardziej czynności serca. W trzecim dniu po operacyi chora zakończyła życie.

Powyższy wynik operacyjny, pomimo tak gładkiego przebiegu operacyi, jest tylko jednym z licznych dowodów, że ogólny stan zdrowia decyduje często o pomyślnym wyniku operacyjnym. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby dzieci.

Quisling (w Chrystyanii): **Kliniczne studya nad żółtaczką noworodków.**

Żadna z istniejących, tak licznych teoryj powstawania żółtaczki noworodków, t. j. ani teorye pochodzenia jej ze krwi (*hematogenes*), ani też teorye upatrujące jej przyczynę w wątrobie (*hepatogenes*), nie zostały dotąd ogólnie przyjęte a zdania badaczy są co do tej sprawy podzielone. Autor obserwował ściśle 50 przypadków tej choroby i na tej podstawie kreśli obraz kliniczny żółtaczki noworodków a ścisłemi pomiarami wagi ciała, ciepłoty i tętna stara się uzupełnić pewne niedość dotąd uwzględniane objawy. Częstość pojawiania się żółtaczki u dzieci urodzonych w szpitalu oblicza na 26%, u dzieci po za szpitalem na 5%. Czas trwania choroby obliczono średnio na 4—6 dni. Podwyższenie się ciepłoty wykazano w 26·8% przypadków, niedostrzeżono zaś zwolnienia tętna tak częstego w żółtaczce u dorosłych. Badanie moczu wykazywało stale obok barwików żółciowych także i kwasy żółciowe a okoliczność ta pozwala wykluczyć pochodzenie tej żółtaczki ze krwi. Baczną uwagę zwrócił autor na stan przewodu pokarmowego i twierdzi na podstawie swych spostrzeżeń, że wszystkie dzieci chore na żółtaczkę okazywały także przypady żołądkowo-jelitowe a sekcya wykazywała również zmiany w żołądku i kiszkach. Wobec tego niewaha się autor wyrazić zdania, że przyczyn żółtaczki tej szukać należy zupełnie analogicznie do przyczyn u osób dorosłych tylko w zboczeniach przewodu pokarmowego a twierdzenie swoje opiera na spostrzeganych za życia objawach i na zmianach wykazanych sekcyą. (*Archiv für Kindhlkde.* XVII.) *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

43. Skazówka do użycia surowicy przeciwbłoniczej. Doniósłszy niedawno (w Nrze 6. *Przeglądu lekarskiego*), że zakład Pasteurowski w Paryżu sprzedaje obecnie aptekarzom surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, podajemy teraz skazówkę do jej użycia według ogłoszenia tegoż zakładu Pasteurowskiego.

Surowica przeciwbłonicza jestto surowica konia uodpornionego przeciw błonicy. Zachowuje ona swe przymioty lecznicze, jeżeli ją się trzyma w miejscu chłodnem i ciemnem bez wyjmowania z pudełka flaszki, w której się mieści. Surowica przeciwbłonicza traci swą skuteczność w ciepłocie wyższej od 50° C. a dla utrwalenia swej skuteczności zawiera w sobie nieco kamfory.

Działanie zapobiegawcze. Surowica przeciwbłonicza użyta w ilości 5 cm.³ wytwarza przemijającą odporność przeciw błonicy, trwającą od 4—6 tygodni; można ją przeto wstrzykiwać podskórnie osobom wystawionym na niebezpieczeństwo zarażenia się. Moc zapobiegawcza surowicy wyrabianej w zakładzie Pasteurowskim wynosi 50000, co znaczy, iż wystarcza wstrzyknąć śwince morskiej z tej surowicy ilość równą $^1/_{50000}$ jej ciężaru, ażeby mogła znieść bez szkody dawkę jadowitej hodowli lub toksyny zabijającej świnki nieuodpornione przynajmniej w 30 godzin. Ta moc surowicy odpowiada surowicy o 100 do 200 jednostkach immunizacyjnych według Ehrlicha.

Działanie lecznicze. Surowica przeciwbłonicza wstrzyknięta w ilości dostatecznej leczy błonicę, byleby niezbyt daleko zaszłą. Dawka skuteczna zależy od wieku chorego i stopnia choroby. Potrzeba 5—10 cm.³, jeżeli choroba występuje groźnie i trwa już kilka dni. Niekiedy trzeba dojść do 30 cm.³ i więcej w przypadkach bardzo ciężkich, osobliwie tych, w których konieczną jest tracheotomia; niepodobna przeto z góry oznaczyć dawki potrzebnej do wyleczenia danego przypadku, lecz należy kierować się temperaturą, tętnem i stanem ogólnym chorego. Dopóki temperatura w odbytnicy nie spadnie poniżej 38°, nie można choroby uważać za skończoną. W ogóle oddzielają się błony wrzekome w 24 godzin po wstrzyknięciu, jeżeli dawka surowicy była dostateczna.

Gdy dziecko okazuje przypady zwężenia krtani, można często uniknąć tracheotomii, jeżeli po raz pierwszy wstrzyknie mu się 15—20 cm.³ surowicy i w razie poprawy niedostatecznej, wstrzyknie się powtórnie 10—20 cm.³. Lepiej jest odrazu wstrzyknąć dostateczną do wstrzymania choroby ilość surowicy, niż robić wstrzykiwania w znacznej liczbie a słabe.

Co do ilości, uważać można za prawidło, że u dzieci bardzo małych, nie mających jeszcze roku, należy się wstrzyknąć tyle centymetrów sześciennych, ile dziecko ma miesięcy. U dorosłych nie ma potrzeby, z wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich, przekraczać przy pierwszem wstrzyknięciu dawki 15—20 cm.³, gdyż jakkolwiek dorośli ważą więcej, są odporniejsi na chorobę; nie ma przeto potrzeby działania tak energicznie przeciw błonicy u nich. Bez prawdziwej potrzeby nie należy wstrzykiwać powtórnie.

Wstrzykiwania same należy robić w tkankę łączną podskórną, w bok tułowia, oczywiście ze wszystkiemi ostrożnościami przeciwgnilnemi a zatem miejsce, gdzie ma się wstrzykiwać surowicę, należy obmyć albo roztworem 2% kwasu karbolowego, albo 1‰ sublimatu; przed samem

wstrzyknięciem trzeba wyjałowić strzykawkę i igłę przez zanurzenie w zimnej wodzie, którą potem ogrzewa się w kwadransie aż do wrzenia. Po wstrzyknięciu należy miejsce wbicia igły pokryć watą antyseptyczną. Wstrzyknięcie samo jest bardzo mało bolesne a płyn wstrzyknięty ulega wkrótce wessaniu.

Przed wstrzyknięciem trzeba się przekonać, czy płyn przeznaczony do wstrzyknięcia jest przeźroczysty. Lekki osad na dnie flaszeczki nie jest bynajmniej znakiem zepsucia się płynu.

Każdy przypadek błonicy powinno się zbadać bakteryologicznie, gdyż jedynie rezultat tego badania rozstrzyga, czy dany przypadek nadaje się do leczenia surowicą i jakich należy użyć środków do zapobieżenia rozszerzeniu się choroby. Ponieważ jednak leczenie surowicą jest tem skuteczniejsze, im we wcześniejszym rozpocznie się okresie choroby, przeto pod pozorem czekania na rezultat badania bakteryologicznego nie wolno ociągać się z wstrzykiwaniem surowicy, osobliwie w przypadkach poważnych, ze znacznem podniesieniem się ciepłoty.

Ponieważ wstrzyknięcie surowicy w chwili właściwej zapobiega ogólnemu zatruciu błoniczemu, przeciw któremu surowica nie działa, przeto porażenia, nieregularność tętna i oddychania po wstrzyknięciu surowicy są znakiem, iż użyto surowicy albo już za późno albo w ilości niedostatecznej.

Niedogodności surowicy. Po wstrzyknięciach surowicy spostrzega się dosyć często pokrzywkę, która występuje najczęściej w 8 dni po rozpoczęciu leczenia. Osutka ta, której towarzyszy niekiedy nieznaczne podniesienie się ciepłoty ciała, znika wkrótce bez żadnych następstw. O wiele rzadziej występuje w rozmaitych postaciach rumień *(erythema)*, jeszcze rzadziej towarzyszy tej osutce obrzmienie bolesne stawów. Te przypady, którym dorośli, zdaje się, ulegają częściej niż dzieci, są tylko przelotne i nie mają żadnego szczególnego znaczenia. *(La Médecine moderne.* 27. Marca 1895).

44. Féré: O ciągłem zadawaniu bromu podczas pozornego wyleczenia padaczki *(epilepsia)*. Wiadomo, że przez zadawanie systematyczne i długie przetworów bromu dają się zgubić zupełnie napady padaczki tak, iż możnaby myśleć o wyleczeniu zupełnem tej choroby.

Dokładne spostrzeżenia w tej mierze w szpitalu Bicêtre przekonały autora, iż w największej liczbie przypadków tego rodzaju nie ma bynajmniej wyleczenia, lecz tylko wstrzymanie napadów, które po przerwie nieraz nawet i kilkoletniej ukazują się z równą, co przedtem gwałtownością.

Zadawanie przeto przetworów bromu ciągłe powinno być bezwzględną regułą w leczeniu padaczki i w tej mierze winien lekarz oprzeć się stanowczo prośbom chorych.

Należyte używanie przetworów bromu nie łączy się z żadnemi niedogodnościami dla chorego. Dawka powinna być taka, aby z jednej strony wystarczała do skutku, z drugiej, by ją chory dobrze znosił.

W ogólności można powiedzieć, że przypady przygnębienia nerwowego, które spostrzega się pod wpływem ciągłego zadawania bromu, są skutkiem zboczeń w przewodzie pokarmowym, którym można zapobiedz mniej lub więcej zupełnie antyseptyką jelitową. Jeżeli jednak przewód pokarmowy cierpi od przetworów zwykłych bromu (bromku potasu i sodu), można na jakiś czas przejść do bromku strontu. Objawy na skórze, po części już zmniejszone przez antyseptykę w jelitach, dają się ograniczyć znów przez antyseptykę skórną: częste kąpiele proste, kąpiele sublimatowe, jeżeli skóra jest nietknięta, kąpiele z kwasem borowym lub rozpylania zgęszczonych roztworów tegoż kwasu w razie owrzodzeń na skórze.

Chory powinien unikać wszelkich wpływów sprzyjających wystąpieniu przypadów bromicy *(bromismus)*, jak zimna, wzruszeń umysłowych i fizycznych.

Wreszcie należy się wystrzegać przypisywania zatruciu bromem przypadów, które doń nie należą, jak okresów apatyi graniczącej mniej lub więcej z osłupieniem, tak częstem u epileptyków, osłabienia pamięci i pojętności skutkiem zawrotów nieraz o tyle częstszych, o ile rzadszemi są napady z drgawkami pod wpływem leczenia. Wszystkie te przypady nie towarzyszą zboczeniom w przewodzie pokarmowym właściwym bromicy i nie wymagają wcale przerwania leczenia. *(La Semaine médicale.* 27. Marca 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 8. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto po krótkiej dyskusyi.

2) Kol. Uhma przedstawił dwa przypadki *keratoma palmare et plantare hereditarium*, mianowicie u dziewczyny lat 18-tu, z której rodzeństwa pięcioro tę zmianę okazywało a drugich pięcioro nie i u matki jej lat 40-tu, która wprawdzie o rodzeństwie swem szczegółów podać nie umie, która jednak wie, że jej ojciec przedstawiał te same zmiany. Mówca zwraca uwagę na miękkość i podatność wybujałego przyskórka, zwłaszcza u córki, bo u matki, przedewszystkiem zaś po bokach stóp, przyskórek wybujały jest suchszy, kruszy się i pęka miejscami. Zmiany zajmują najwybitniej części boczne, same granice dłoni, stóp i palców. Można jednak i na grzbiecie palców widzieć guziczki przerosłego przyskórka z charakterystycznemi bardzo na szczycie wyżłobieniami, które i na dłoniach, miejscami jedno obok drugiego gęsto ustawione widzieć można. Dalej przedstawia U. chorą na *pemphigus vulgaris* Żydówkę, lat 50-ciu, u której odnowa przyskórka nadzwyczaj szybko postępuje. U chorej tej, która już za czwartym nawrotem przebywa w szpitalu, mówca miał sposobność spostrzegać, jak jednego dnia powstał po gorączce pęcherz u nasady nosa, drugiego dnia odstał przyskórek na całem czole i skroniach a po paru dniach pod pudrem rzecz przygoiła się zupełnie, nie pozostawiając najmniejszego śladu tak rozległego ubytku przyskórka.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat anatomiczny z noworodka przedstawiający objawy obojnactwa. Zewnętrznie widać dobrze wykształcone prącie i worek mosznowy zupełnie zamknięty, w jamie brzusznej zaś znaleziono macicę i jajniki. Ponieważ jednak mówca nie miał dotąd czasu przekonać się, czy istnieją w tym przypadku jądra i czy cewka komunikuje rzeczywiście z pęcherzem a boi się zniszczyć preparat przy pospiesznem rozbieraniu, przeto dokładniejszą demonstracyę i dyskusyę nad tym przypadkiem odłożono do najbliższego posiedzenia.

4) Kol. Wehr: O formaldehidzie (z demonstracyami). (Odczyt umieszczony w niniejszym numerze).

Dyskusya: Kol. Stroynowski zwraca uwagę na poruszoną przez prelegenta własność formaldehidu desinfekcyjną. Zdaniem mówcy, ten właśnie przymiot preparatu, jeśli tylko praktycznie da się zastosować, będzie najcenniejszym. Wyjaławianie parą napotyka różne trudności a wprost śmieszną jest funkcya, jaką spełnia lwowski przyrząd desinfekcyjny. Mówca może zapewnić, że miasto podjęłoby koszta przeprowadzenia prób w zastosowaniu formaldehidu do tych celów i prosi prelegenta, by zechciał pomyśleć nad sposobami takiego zastosowania.

Kol. Wernicki odbiega może od przedmiotu, ale ponieważ mowa o przyrządach desinfekcyjnych, przedstawia złe urządzenie przyrządu desinfekcyjnego lwowskiego i przeciwstawia mu urządzenia istniejące w innych miastach. Mówca sądzi, że miasto, jeśli chce w tym względzie działać, powinno przedewszystkiem postarać się o przyrząd desinfekcyjny parowy, odpowiadający wymaganiom dzisiejszym. Przyrząd taki będzie miał tę zaletę, że działał będzie pewnie a szybko, podczas gdy formaldehid, jak to prelegent zaznaczył, nawet w zgęszczonych roztworach zwolna tylko wyjaławia.

Kol. Uhma oświadcza, że prelegent zapowiedziawszy odczyt o formaldehidzie mówił też przeważnie o nim samym tylko a dość pobieżnie tylko wspomniał o sposobach zastosowania jego. Mówca próbował używać formaldehidu do przechowywania preparatów anatomicz-

nych i do utrwalania preparatów dla mikroskopowego badania. O ile pierwsze rzeczywiście bardzo ładnie się przedstawiają, o tyle drugie stawały się kruche, skutkiem czego nie można było przyspasabiać z nich dość cienkich skrawków. Prosi zatem prelegenta, by podał swoje sposoby.

Kol. Wachholz z własnego wprawdzie doświadczenia nie wiele mógłby o tem powiedzieć, pamięta jednak, że prof. Browicz, który próbował formaldehidu i bardzo go chwalił jako środek nadający się do przechowywania preparatów makroskopowych, przestał go używać w celu stwardniania preparatów mikroskopowych z powodów poruszonych przez poprzednika mówcy.

Kol. Wehr. W sprawie praktycznego wyzyskania antyseptycznych własności formaldehidu, z powodu różnicy zapatrywań dotychczasowych badaczów, przedsięwziął mówca szereg doświadczeń, z których wkrótce zda sprawę. Co do uwag koll. Uhmy i Wachholza, zapewnia mówca, że rzecz zależy od techniki a mianowicie od dokładnego stwardnienia w alkoholu preparatów utrwalonych w formaldehidzie.

5) Kol. Obtułowicz nadesłał sprawozdanie o przebiegu epidemii w powiecie lwowskim.

W miesiącu Lutym pojawił się dur osutkowy w dwu miejscowościach, na krańcu wschodnim powiatu (w Bilce szlacheckiej i Zuchorzycach). Przebieg choroby dotąd bardzo łagodny a odsetka śmiertelności wynosi zaledwie 4%.

Dur brzuszny pojawił się tylko w kilku miejscowościach w okolicy Szczerca.

Odra panuje w Podliszkach, szkarlatyna w nielicznych przypadkach w Skniłowie.

Nie wyczerpawszy porządku dziennego skończono na tem posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50 z r. z.).

Posiedzenie trzecie d. 24. Lipca o godz. 4. po południu.

Przewodniczący Dr. Szuman z Torunia.

VI. Dr. Fr. **Neugebauer** okazał szereg preparatów szkieletowych, kręgosłupa i miednicy, przedstawiających zmiany chorobowe (*spondylolisthesis, fractura*) i omówił sposoby ich powstania, poczem miał wykład: *O zarośnięciu i zwężeniu pochwy.* Wykład ten, oparty na licznych spostrzeżeniach, własnych i bogatej kazuistyce z literatury, nienadaje się do krótkiego streszczenia. Rzecz, sama przez się na pierwszy rzut oka sucha i mało zajmująca, ilustrowaną była mnóstwem rysunków i podobizn fotograficznych i wypowiedziana z takim humorem, iż słuchacze z zainteresowaniem i przyjemnością wysłuchali przeszło godzinę trwającego odczytu.

VII. Dr. **Kryński.** *O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.* Wykład ten drukowany był w całości w Nr. 48, 50, 51 i 52. *Przeglądu lekarskiego* z r. z.

W dyskusyi nad odczytem Dra Kryńskiego zabrał głos Dr. Szuman. Wykonał on laparatomię z powodu gruźliczego zapalenia otrzewny cztery razy. Z tych w jednym przypadku, w ranie brzusznej, na razie zagojonej przez rychłozrost, powstały później przetoki kałowe; w drugim dalsze losy chorej nie są wiadome. Pozostałe dwa przypadki dały wynik pomyślny: w jednym z nich wyleczenie stwierdzono w $1^1/_2$ roku po operacyi, w drugim we dwa lata. Wobec tego prosi mówca uczestników posiedzenia, by podali, jak często spotykali się w tych razach ze stałem wyleczeniem. Co do przyczyn dobrego wyniku, otrzymywanego w tych przypadkach przez leczenie operacyjne, jest on zdania, że najwięcej prawdopodobnem jest tłómaczenie Koniga.

Dr. Ziembicki zwraca uwagę na leczenie operacyjne zapaleń otrzewny, powstałych wskutek przedziurawienia, jelita u chorych na dur brzuszny i wnosi, by poddano tę kwestya pod obrady przyszłego zjazdu chirurgów polskich.

Dr. Załozicki uznaje potrzebę wypróbowania operacyjnej metody leczenia takich przypadków *peritonitis e perforatione* i dlatego przystaje na wniosek Dra Ziembickiego. Mówca miał sam w swej praktyce podobny przypadek, gdzie chory w 15-ym dniu duru dostał przedziurawienia kiszki a ocalał jedynie dzięki pomocy operacyjnej.

Dr. Drobnik jest zdania, że przyczyną zapaleń ropnych otrzewnej, powstałych po przedziurawieniu kiszki, bywa zwykle *bacterium coli commune.* Raz tylko wyhodował Dr. Drobnik w takim przypadku gronkowce i raz dwoinki Friedländera. W przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej bez poprzedniego przedziurawienia kiszki znajdował mówca rozmaite bakterye ropotwórcze; przypadki te mają przebieg kliniczny względnie łagodny i dają zwykle przy leczeniu operacyjnem wyniki dobre.

Dr. Bałącz wykonywał laparatomię, dwa razy w zapaleniu otrzewnej gruźliczem i raz w zapaleniu ropnem po *paratyphlitis.* Pierwszy z tych przypadków dotyczył dziecka trzyletniego. Operował tu Dr. B. metodą Lauensteina: wypuściwszy około 2 litrów płynu, osuszył otrzewnę i poddał ją na dziesięć minut działaniu promieni słonecznych. Od czasu operacyi upłynęły cztery miesiące: płynu w otrzewnej niema zupełnie, chora wygląda znacznie lepiej. W drugim przypadku miał mówca do czynienia z chorym w wieku lat 43, ze stłumieniami w szczytach płuc i dużym guzem w jelicie ślepem; prócz tego, w czasie operacyi dostrzegł małe guzki na otrzewnej trzewiowej, otrzewnej ściennej i na sieci. Obrzękłe jelito pokryte było grubą warstwą płynu gęstego, galaretowatego; w danym przypadku ograniczył się mówca do osuszenia otrzewnej i zaszycia jamy pochwowej. Badanie chorego w miesiąc po operacyi wykazało, że obrzęk guzowaty ustąpił, stan ogólny się polepszył, ilość laseczników gruźliczych w plwocinie zmniejszyła się. Przyczyn skutecznego działania laparatomii w zapaleniu otrzewnej gruźliczem dotychczas dokładnie nie znamy. Dr. Bałącz tłómaczy je sobie działaniem światła słonecznego po otwarciu otrzewny, co wpływa ujemnie na laseczniki, nadto pewnem podrażnieniem otrzewny, wywołującem polepszenie stosunków jej odżywczych. Trzeci przypadek tyczył się dziewczynki dziewięcioletniej; miała ona *perityphlitis,* z którego następnie powstało rozlane zapalenie ropne całej otrzewny. Po otwarciu jamy brzusznej wypuścił z niej około 2 litrów ropy, przepłukał ją następnie ośmiu litrami ciepłego 2% roztworu kwasu borowego i wprowadził do rany brzusznej sączki. W dalszem leczeniu mówca obracał często chorą brzuchem na dół, według sposobu polecanego przez Koniga w przypadkach ropotoku klatki piersiowej; ostatecznie w tym przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie chorej.

Dr. Kader zapalenia otrzewnej, powstałe skutkiem przedziurawienia jelit, dzieli na: 1-o złośliwe, 2-o względnie łagodne. W pierwszej z tych kategoryi badania mikroskopowe i bakteryologiczne wykazują stosunkowo nieznaczną

ilość bakteryj; przebieg zaś kliniczny choroby, w którym dominuje zapad serca, przemawia za samootruciem organizmu toksynami i gazami, które wytworzyły się w kiszkach i po dostaniu się do jamy brzusznej, zostały tam bardzo szybko wessane. Tu więc do wywołania tak ciężkich objawów nie trzeba wcale bakteryj, wystarcza zatrucie organizmu przez resorbcyę wytworów toksycznych i gazów. Drugą kategoryę zapaleń otrzewny, o których mowa, stanowi następstwo zakażenia *(infectio)* drobnoustrojami. Zapalenie zaczyna się tu w pewnem ograniczonem miejscu otrzewny, powoli z ogniska tego rozszerza się na części sąsiednie, aż wreszcie ogarnia całą otrzewną. Zapad serca bywa w tym razie znacznie mniejszy; rokowanie jest znacznie lepsze. Między dwoma opisanemi tu odmianami jest dużo postaci przejściowych.

Co się tyczy zapalenia otrzewny gruźliczego, Dr. Kader o d r ó ż n i a w niem trzy postacie:

1º zapalenie gruźlicze surowicze (*peritonitis tuberculosa serosa)*; cechujące się wielką ilością przesięku płynnego; leczenie, polegać tu winno na laparatomii, poczem jamę brzuszną tamponuje się według Mikulicza, podobnie, jak w gruźliczem zapaleniu stawów *(hydrops tbc. articulorum)*.

2º zapalenie gruźlicze otrzewny, w którem mamy bardzo liczne gruzełki, gruźlicze granulacye, zrosty otrzewnowe (*peritonitis tuber. fungosa*). W przypadkach tych stosujemy laparatomię, niekiedy w kilku miejscach, poczem ranę tamponujemy, jak poprzednio.

3º zapalenie gruźlicze serowate *(peritonitis tuberculosa caseosa)* znajduje się tu zwykle kilka większych ognisk, zawierających gruźlicze masy serowate; prócz tego bywają i liczne zrosty. Przypadki te leczyć należy w ten sposób, że każde ognisko otwiera się oddzielnie, skrobie się ostrożnie łyżeczką i następnie wytamponuje gazą jodoformową. Rokowanie w postaci pierwszej i trzeciej bywa stosunkowo lepsze, aniżeli w drugiej.

Lecznicze działanie laparatomii tłómaczy sobie Dr. Kader zwiększeniem się odżywiania (skutkiem przekrwienia), podobnie jak w metodzie Biera, gdzie zabójczo na bakterye działa miejscowe przekrwienie.

Dr. D r o b n i k, zgodnie ze zdaniem Dra Kadera, przypisuje lecznicze znaczenie laparatomii przekrwieniu otrzewny. W zapaleniu otrzewny rozlanem zakaźnem, poleca Dr. Drobnik cięcie laparatomijne w linii białej i nad więzami Pouparta, w razie zaś potrzeby nawet i od strony pochwy lub odbytnicy; w ten sposób można sprawę ogólną ograniczyć do pewnych tylko części otrzewny.

W zapaleniu otrzewny, wywołanem przez przedziurawienie jelita, celem operacyi jest odnalezienie w kiszce otworu, zaszycie go i oczyszczenie jamy brzusznej z wypadłej do niej treści jelit.

Dr. K r y ń s k i oświadcza w odpowiedzi drowi Drobnikowi, że rola etyologiczna *bacterium coli comm.* w powstawaniu *peritonitis* jest dotychczas niejasna, gdyż i sama ta nazwa nie oznacza żadnej postaci odrębnej, lecz stanowi pojęcie zbiorowe, obejmujące liczne formy drobnoustrojowe. W jednej z najnowszych prac opisali Tavel i Lanz 31 gatunków tych bakteryj. Ciężkość objawów zapaleń otrzewny powstałych po przedziurawieniu zależy głównie od dostania się do jamy otrzewny treści jelitowej, a więc ciał stałych drażniących mechanicznie, związków chemicznych i różnych wytworów drobnoustrojów, wreszcie gazów, co wszystko razem wzięte wywołuje zakażenie septyczne, bardzo groźne. W gruźlicy otrzewny wpływ światła słonecznego, któremu Dr. Barącz tak ważne przypisuje znaczenie za przykładem Lauensteina, rzeczywiście sprowadzić możemy do zera. Jak wykazały badania Mosetig-Moorhofa, potwierdzone potem przez innych, często zapalenie gruźlicze otrzewny wyleczyć można bez laparatomii, zamiast której wykonują ci chirurgowie przekłucie ściany brzusznej, wypuszczenie wysięku i wtłoczenie pewnej ilości powietrza. Tu więc działanie światła jest wykluczone zupełnie, korzystny zaś wpływ takiego postępowania przypisują działaniu samego powietrza (Mosetig-Moorhof) lub zawartemu w niem tlenowi (Braatz). Podział zapaleń zakaźnych otrzewny na dwie kategorye, podany przez dra Kadera, etyologicznie nie jest słuszny; zarówno postać pierwsza, jak i druga łagodniejsza, są natury zakaźnej, zależne od pewnych postaci drobnoustrojów, tylko że w pierwszej do jamy otrzewnej dostaje się odrazu po przedziurawieniu mnóstwo substancyj rozkładowych gnilnych i toksyn, które bardzo szybko wywołują zatrusie ustroju, gdy w innych przypadkach ilość tych ciał trujących jest stosunkowo mała, drobnoustroje przeszłe do otrzewnej mają czas tam się rozmnażać ustrój zaś ma jeszcze możność mniej lub więcej skutecznej obrony. Różnica więc jeżeli jest, to tylko ilościowa, podczas gdy przyroda sprawy chorobowej i tu i tam jest jedna. — Przekrwienie, mające niewątpliwie ważne znaczenie w sprawie gojenia się zapalenia gruźliczego otrzewny, stanowi dopiero ostatnie, dalekie następstwo wykonanej laparatomii, nie można go uważać za główny czynnik, od którego zależy lecznicze działanie tej operacyi. Ażeby mogło rozwinąć się to przekrwienie, na to trzeba całego szeregu następstw bezpośrednich operacyi, a więc usunięcia wysięku i mas serowatych, rozdzielenia zrostów, podrażnienia mechanicznego otrzewny, wpływu powietrza według Mosetig-Moorhofa i t. d., co wszystko razem wzięte wywołuje przekrwienie i odczyn tkankowy, prowadzące do wyleczenia. Tak więc korzystny wpływ laparotomii na przebieg zapalenia gruźliczego otrzewny stanowi, zdaniem mówcy, następstwo całej sumy czynników, stworzonych przez operacyę, będąc tym sposobem jedynie racyonalnym i prowadzącym do celu środkiem leczniczym.

VIII. Dr. **Kozłowski**: *O leczeniu guzów krwawniczych.* (Sprawozdanie własne).

Dr. Kozłowski mówi o operacyjnem leczeniu guzów krwawniczych metodą Esmarcha; zaleca ją, opierając się na tej zasadzie, że otrzymuje się tu rychłozrost ran powstałych po wycięciu guzów, podczas gdy przy dawniejszym sposobie Langenbecka, polegającym na odpaleniu guzów, gojenie się przypalonych powierzchni trwa znacznie dłużej. Prócz tego szybkość, łatwość i prostota wykonania operacyi tą metodą, doskonałe wyniki, brak wszelkich powikłań, jak krwotoków następowych, zwężeń bliznowatych lub nawrotów cierpienia, stanowczo przemawia za szerszem rozpowszechnieniem tej operacyi wśród ogółu lekarzy. Technika samej operacyi polega na tem, że po gwałtownem rozszerzeniu, względnie rozdarciu zwieracza odbytu (Recamier Maisonneuve), chwyta się każdy oddzielny guz w kleszczyki, przez jego podstawę zakłada szew materacowy, podobnie jak do okłucia, nie zawiązując go jednak na razie; następnie odcina się nieco klinowato nożyczkami cały guz, poczem zawiązawszy wspomniany wyżej szew, tamuje się tym sposobem krwotok a zarazem zbliża do siebie brzegi rany: ostatecznie jeżeli brzegi

te niezbyt dobrze przylegają do siebie, zespaja się je dokładniej dodatkowymi szwami. Przytem uważać należy, aby kierunek rany, względnie przyszłej blizny, przebiegał promienisto do otworu stolcowego. Dalsze postępowanie pooperacyjne, jak zwykle po operacyach hemoroid. Sposobem tym wykonano w klinice chirurgicznej krakowskiej 17 operacyj guzów krwawniczych z wynikiem bardzo dobrym, bez żadnych powikłań i bez nawrotów cierpienia.

W dyskusyi nad odczytem Dr Kozłowskiego zabrał głos prof. Obaliński. Używa on w ostatnich czasach stale sposobu leczenia guzów krwawniczych, podanego przez Sklifasowskiego. Sposób ten polega na zmodyfikowaniu metody Langenbecka przez dodanie do niej podwiązywania guzów. Wyniki otrzymane przez mówcę są bardzo dobre.

IX. Dr. **A. Majewski**: *Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.* Odczyt ten pomieszczony był w numerze 40-tym *Przeglądu lekarskiego* z roku 1894.

W dyskusyi nad odczytem Dra Majewskiego oświadczył Dr. Schramm, że opisane przez prelegenta przypadki należą do rzadkich i że wyciągnąć wgłobione jelito udaje się wtedy tylko, gdy wgłobienie tworzy się bardzo powoli i stopniowo.

Na tem zakończono posiedzenie.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Kwietnia 1895 r.

Od redakcyi. Zamierzając i w roku bieżącym równie jak w latach poprzednich umieścić w *Przeglądzie lekarskim* wykaz zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich lekarzy Polaków, upraszamy interesowanych, by nam **najpóźniej do końca Kwietnia** r. b. donieśli, w jakich miejscach praktykować zamyślają. Lekarze, których nazwiska znajdują się w spisie zeszłorocznym (patrz Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894), nie potrzebują na nowo donosić o miejscu swej czynności, jeżeli pod tym względem nie zaszła żadna zmiana.

— Dnia 3. b. m. i r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Ponikło okazał tablice objaśniające rozdział chorych pochodzących z Krakowa i najbliższej okolicy, leczonych w krajowym szpitalu św. Łazarza i szpitalu św. Ludwika w r. 1894., poczem kol. prof. Jakubowski zdał sprawę z doświadczeń przeprowadzonych surowicą leczniczą przeciw błonicy w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. W dyskusyi zabierali głos koll. Rydygier, Słapa, Nowak i Raczyński.

— W dniu 2. b. m. otwarto w Monachium trzynasty kongres dla medycyny wewnętrznej. Bierze w nim udział więcej niż 300 osób. Minister baron Feilitsch powitał zgromadzonych imieniem rządu, burmistrz Brunner imieniem miasta a prof. Bayer imieniem uniwersytetu. Honorowym prezydentem wybrano księcia Ludwika Ferdynanda, wiceprezydentami proff. Leydena z Berlina i Bollingera z Monachium, poczem prof. Heubner miał obszerny wykład o zastosowaniu surowicy swoistej do leczenia błonicy. Zwrócił on uwagę, iż ten środek leczniczy zmniejsza procent śmiertelności, iż przy użyciu jego nie występują żadne niebezpieczne objawy i że dlatego można go polecić z jak najlepszem sumieniem tem bardziej, iż rezultaty dotychczasowe uprawniają do lepszych jeszcze nadziei w przyszłości.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił na posiedzeniu w dniu 22. Marca b. r. w wykonaniu postanowień fundacyi ś. p. protomedyka Dra Józefa Jakubowskiego

I. rozpisać cztery nagrody konkursowe a mianowicie dwie po 200 złr. a dwie po 150 złr. i

II. ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) O wpływie seroterapii na przebieg błonicy, o ile pod tym względem poczyniono doświadczenia w naszym kraju.

2) Ze względu, że jaskra (*glaucoma*) pojawia się u nas nierównie częściej niż gdzieindziej, zestawić i opracować wszechstronnie wszystkie przypadki tego cierpienia, spostrzegane w ostatnich 25 latach w stałej i ruchomej klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. a w szczególności starać się w tej monografii wykazać przyczynę powyższego zjawiska.

3) Ze względu na szczupłość pomieszkań niższych warstw ludności i brak urządzeń wentylacyjnych nawet w szkołach krakowskich, zbadać, czy powietrze wydychane zawiera w sobie składniki trujące.

4) Ze względu na rozpowszechnienie chorób gruczołu tarczykowego u mieszkańców górskich okolic naszego kraju, zbadać wpływ wyciągów z gruczołu tarczykowego u zwierząt normalnych i pozbawionych tego gruczołu na pobudliwość kory mózgowej i odruchowe czynności ustroju.

5) Badanie błony śluzowej ze względu na mikroby znajdujące się w przypadkach błonicy gardła.

6) Zbadanie etyologii dysenteryi.

7) Na podstawie własnych doświadczeń przedstawić farmakologią kliniczną soli barowych a w szczególności dwuwęglanu barowego ze względu na znachodzenie się dwuwęglanu barowego w niektórych zdrojowiskach krajowych.

8) Na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych ocenić wpływ wód mineralnych ziemnych a w szczególności wody krynickiej na przebieg niektórych postaci chorób żołądka i jelit.

9) Przedstawić szczegółowo postęp i rozwój polskich zdrojowisk i uzdrowisk w ostatnich ośmiu latach.

10) Mapa Galicyi, wykazująca rozmaitemi barwami rozpowszechnienie się wola w różnych okolicach naszego kraju.

11) Stósunek liczbowy matołectwa (kretynizmu) do wola w naszym kraju i sposoby leczenia, względnie wytępienia matołectwa u nas.

12) Zbadanie stósunku, zachodzącego pomiędzy tak zwanym ropotokiem Stoerckowskim (*blennorrhoea Stoercki*) a twardzielem (*scleroma*) na podstawie przypadków leczonych w oddziale laryngologicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie.

III. W myśl postanowienia wyżej wzmiankowanej fundacyi ubiegać się mogą o nagrodę uczniowie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. tudzież Drowie wszech nauk lekarskich, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski.

IV. Prace konkursowe spisane w języku polskim, nadesłane być mają najpóźniej do 31. Marca 1896. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonej oddzielnie kopercie zapieczętowanej a zawierającej wewnątrz imię, nazwisko i miejsce zamieszkania autora.

V. Jedynie koperty opatrzone w godło prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem dowiedzenia się nazwisk autorów, wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

VI. Wysokość nagrody nie jest zawisłą od wyboru któregobądź z ogłoszonych wyżej zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i naukowej ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu.

VII. Prace nagrodzone mają się nadawać do ogłoszenia drukiem.

— Rozporządzenie JE. Pana Ministra oświaty, Dra Stanisława Madeyskiego do wszystkich krajowych Władz szkolnych zawiera szereg nowych przepisów o fizycznem wychowaniu młodzieży w szkołach średnich; poleca ono dyrektorom, aby szczególniej zwracali pilną uwagę na odpowiednie oświetlenie, stosowną temperaturę i staranne odświeżanie powietrza w salach szkolnych, proste trzymanie się uczniów przy siedzeniu, utrzymanie czystości w budynku szkolnym i dokładną kontrolę lekarską. Prócz tego zaleca to rozporządzenie, by za pomocą właściwego rozkładu godzin unikano przeciążania umysłowego uczniów. Jakkolwiek cały ogół powita z radością to rozporządzenie P. Ministra, to jednakowoż nikt lepiej od nas lekarzy nie oceni jego wielkiej doniosłości i zbawienności.

— W dniu 14. z. m. obchodził profesor akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, książę Dr. Tarchan-Mourawow jubileusz 25-letni swej służby publicznej. Profesor Tarchanow liczy teraz 48 lat i pochodzi ze starożytnego rodu gruzińskiego; wychowanie lekarskie otrzymał w Petersburgu, gdzie kształcił się w fizyologii pod kierunkiem znanych Owsiannikowa i Sieczenowa. Po otrzymaniu stopnia naukowego udał się książę T. w celu dalszego wykształcenia za granicę, zkąd powróciwszy otrzymał zajmowaną przez siebie teraz katedrę fizyologii w Akademii wojenno-lekarskiej. Profesor Tarchanow polecił w swym

czasie Wydziałowi lekarskiemu naszego uniwersytetu ... kol. Cybulskiego na profesora fizyologii a polecenie to odbyło się w formie świadczącej wymownie o szlachetnem usposobieniu czcigodnego profesora petersburskiego.

— Dr. Witold Jaroszyński, lekarz praktykujący dawniej w Meranie, mieszka obecnie stale w Wiedniu (IV. Mozartgasse 4) a jako obeznany dokładnie ze stosunkami wiedeńskimi i umiejący dobrze po rosyjsku przydać się może swą radą przybywającym do Wiednia tak ziomkom jak i Rosyanom.

— Nakładem księgarni G. Thiemego w Lipsku wyszedł *Taschenbuch des aerztlichen Fortbildungsunterrichts im deutschen Reiche, Ostern* 1895. Książeczka ta zawiera według spisu abecadłowego uniwersytetów i wykaz wszelkich wykładów osobnych dla lekarzy z podaniem ich czasu opłaty; przydać się przeto może wybornie dla każdego lekarza udającego się do Niemiec w celu dokończenia swego wykształcenia zawodowego, mianowicie w pewnej gałęzi nauk lekarskich.

— Instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu zawiadamia, iż pracę nad przygotowaniem surowicy przeciwbłoniczej obecnie ukończono; lekarze zatem, aptekarze i instytucye rządowe lub prywatne, potrzebujące tego środka lekarskiego mogą zwracać się wprost pod adresem instytutu (aptekarski Ostrow, ulica Łopuchińska Nr. 12). Każda flaszeczka surowicy zawiera 1000 jednostek normalnych antytoksyny i mocą odpowiada numerowi drugiemu surowicy Behringa. Surowica wyrabiana przez instytut bywa dwojaka, z fenolem i bez fenolu. Cena flaszeczki surowicy pierwszej wraz z opakowaniem wynosi 2 ruble, surowicy zaś drugiej 3 ruble.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 13-tym. N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*, pasożyt chorobotwórczy dla ryb. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych (ciąg dalszy). W *Medycynie* Nrze 13-tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych (ciąg dalszy). Z. Bychowski: Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku (*diverticulum oesophagi*) (dokończenie).

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 13. Kwietnia 1895 r. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: **prof. Dr. S. Domański.**

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 105.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi wszystkie urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 190, Avenue Street.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z zakładu higienicznego w Krakowie.

Spostrzeżenia nad zarazkiem błonicy. Wytwarzanie toksyn. Otrzymywanie surowicy przeciwbłoniczej w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

W Krakowie i okolicach błonica jest chorobą dosyć rozpowszechnioną. Mianowicie częste przypadki spostrzegać się dają na wiosnę i w jesieni, jakkolwiek i zima jest również porą dosyć sprzyjająca jej rozwojowi. To też od początku urządzenia zakładu higienicznego w roku 1894 podjęliśmy próby nad zarazkiem, korzystając mianowicie z materyału, jaki mieliśmy łaskawie nam ofiarowany do użytku przez prof. Jakubowskiego. Jednym z pierwszych lekarzy w Krakowie, którzy się zajęli tą kwestyą, był kol. Kaden, który pracował ze mną głównie nad morfologią zarazka; następnie kol. Nowak korzystając z materyału sekcyjnego z zakładu prof. Browicza, pracował nad wykryciem zarazka w krwi, co mu się udało i posłużyło za materyał do bardzo ciekawego studyum. Kol. Słapa po zbadaniu za granicą wyników stósowania nowej metody leczenia, pracował nad rozpoznaniem dyfteryi za pomocą hodowli zarazka i pierwszy w Krakowie zastósował surowicę Behringa. Kol. Raczyński zajął się kwestyą jadowitości różnego pochodzenia zarazków. W ogóle materyał staraliśmy się zużytkować o ile możności wszechstronnie i badania rozpoczęte są ciągle dalej prowadzone.

Zarazek typowej błonicy prawie bez wyjątku udaje się wykazać w błonie. Tutaj jest on zwykle bardzo podobny do bakteryj gruźliczych, nieraz do tego stopnia, że trudno by go odróżnić, gdyby nie właściwość zabarwienia. W błonicy następowej, jaka bywa w szkarlatynie, nie znajdowaliśmy bakteryj Löfflera.

Od początku można było dostrzedz, że hodowle zarazków różnego pochodzenia odznaczają się różną jadowitością. Jedne z nich zabijały świnkę morską i królika już w bardzo małych dawkach; mieliśmy trzykrotnie zarazki, których 0·01 cm.³ trzydniowej hodowli bulionowej zabijała świnkę po 36—48 godzinach, inne znów nawet w ilości 0·1 na świnkę zabójczo nie działały. Działo się to pomimo przestrzegania, o ile się dało, jednostajności hodowli. Niekiedy hodowle na pozór słabiej rozwinięte były silniejsze od rozrośniętych mocno, najczęściej jednak bywało odwrotnie.

Sposób ten, powszechnie przyjęty do próbowania jadowitości zarazka, nie jest wolny od zarzutu. Dlatego to w przyszłości określać będziemy jadowitość ilością toksyn wytworzonych przez różnego pochodzenia zarazki w ciągu jednakowego okresu czasu.

Dostrzedz było można również, że hodowle zarazka najlepiej się rozwijają w ciepłotach nieprzekraczających 37° i nie niższych od 33—34°. W tej ciepłocie również pojawiały się mniej liczne formy inwolucyjne gruszkowate i poprzerywane. Nie mogliśmy jednak dotąd przekonać się o wybitnych różnicach i zależności siły zarazka od mniejszej lub większej długości laseczki, jak chcą niektórzy badacze. Mieliśmy i obecnie mamy zarazek, który z początku rośnie zawsze w postaci dosyć krótkich laseczek a jednak jest bardzo jadowity. Po 24—48 godzinach zwykle bakterye są dosyć jednostajne; później spostrzegamy zwykle laseczki krótsze i dłuższe, cieńsze i grubsze, zwykle z końcami rozszerzonymi, nieraz olbrzymio rozdętymi tak, iż laseczka przybiera wielkość i postać kolby promienicy, do której też niekiedy jest łudząco podobną. W hodowli agarowej wzmiankowane formy inwolucyjne pojawiają się częściej i prędzej występują.

Rozpoznanie za pomocą hodowli zwykle nie przedstawia trudności. Bardzo dobre wyniki daje powszechnie zalecona metoda hodowania na skrzepłej surowicy krwi wołowej zmięszanej z bulionem w stosunku 4:1 z dodatkiem 1% cukru gronowego. Sposób ten podany przez Löfflera i Rouxa daje najlepsze wyniki, gdy chodzi o rozpoznanie błonicy. Przytoczyć jednak trzeba, że o ile łatwiej jest spostrzedz na tem podłożu powstające kolonie prątków błoniczych, o tyle trudniej rozpoznać inne, mianowicie paciorkowce. Dlatego to w celu odróżnienia od siebie znajdowanych w hodowli pasorzytów najczęściej z kol. Raczyńskim używamy agaru przygotowanego z surowicą. Jest to, zdaniem mojem, jeden z najlepszych gruntów do hodowania bakteryj błonicy, gruźlicy i gonokoka; przyrządzam go mięszając 3 części gotowego, jeszcze nie przesączonego agaru z 1 częścią surowicy krwi wołowej na ciepło i ogrzewając mięszaninę na kąpieli wodnej [1]). Po skrzepnięciu zupełnem surowicy dodaje się 4% gliceryny i 1% cukru.

Bakterye błonicze rosną na surowicy w postaci dużych szarobiaławych wypukłych kropel; na surowiczym agarze w postaci podobnych acz nieco mniejszych kolonij. Zwykle już po 24 godzinach hodowania w termostacie w ciepłocie 36° wzrost jest zupełnie widoczny.

Zdjęte za pomocą drucika zakrzywionego oddzielne kolonie, badane pod mikroskopem po zabarwieniu za pomocą zwykłych barwników: wodnowyskokowej fuksyny lub błękitu nie mają tych form, jakie przedstawiają w błonach; najczęściej są one prostsze i grubsze i tylko wyraźnie zaokrąglone, niekiedy gruszkowato wzdęte końce myśl podobieństwa nasuwają. Często wyrastają one znacznie drobniejsze i krótsze; gdy zaś są dłuższe, wówczas zwykle występują i formy inwolucyjne, gruszkowato rozdęte. Dzieje się to najczęściej w późniejszych okresach hodowania po 3 lub 4 dniach, lub w wyższej ciepłocie albo przy wyczerpaniu gleby z środków odżywczych. Już z początku dostrzedz można poprzeczny podział bakteryj na dzwonka z ostro obciętymi brzegami, skutkiem czego bakterya błonicza przypomina niekiedy kształtem gąsienicę lub stonoga. Segmentacya taka rzadko bywa mocniej wyrażona w świeżych hodowlach i w błonach, jakkolwiek w nieznacznym stopniu i tutaj spostrzegać się daje.

Niektórzy badacze są zdania, że bakterye błonicze nie dają się zabarwić metodą Grama. Co do mnie przy barwieniu w mocnym roztczynie gencyanowego fioletu z wodą anilinową (5—10 minut na gorąco), otrzymywałem po następnem odbarwieniu jodowym rozczynem przez 1/2 minuty i wyskokiem bardzo wyraźne, ciemno-fiołkowe, prawie czarne zabarwienie, nadające się do fotografii i zwykłego badania.

Starsze hodowle barwią się słabiej i przedstawiają nieraz bardzo duże, prawie niezabarwione odcinki — najlepiej w tych razach są zabarwione końce, najmniej środkowe części laseczki.

W razie niemożności natychmiastowego badania za pomocą hodowli, kawałki błon zasuszone można przesyłać do specyalnych pracowni bakteryologicznych, które się takiem badaniem zajmują. Bakterye błonicy zasuszone mogą przetrwać czas bardzo długi, parę miesięcy wynoszący, jak to już w r. 1889. Roux zaznaczył.

W naszych badaniach nad błonicą u dzieci spostrzegaliśmy w błonach obok właściwych bakteryj błoniczych niezwykle często paciorkowce i nie możemy się zgodzić na twierdzenie, iżby obecność paciorkowców stale pogarszała rokowanie. Obecność wielkiej ilości paciorkowców pogarsza niekiedy przebieg a więc i rokowanie, ale w jakim stopniu, tego dotąd orzec nie możemy. Funk [2]) na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi do wniosku, że to pogorszenie przebiegu nie zawsze się objawia, co i nasze obserwacye dotychczasowe, zdaje się, potwierdzają.

Podobnie rzecz się ma i z gronkowcami (stafilokoki). Ilość ich niekiedy bywa bardzo znaczna, stanowczego jednak wpływu na przebieg nie mogliśmy spostrzedz. Nic to zresztą dziwnego, wobec okoliczności, że paciorkowce i gronkowce różnego stopnia jadowitości znajdują się w jamie ustnej zdrowych osób. Być może, że ta właśnie niejednostajna jadowitość stanowi o ciężkości przebiegu, który zależeć może od współczesnego rozwoju bakteryj błoniczych obok bardziej jadowitych paciorkowców lub gronkowców.

Swoiste działanie bakteryj błoniczych zależy według spostrzeżeń, które pierwsi podali Roux i Yersin [3]), od właściwego jadu, jaki te bakterye wytwarzają. Zdaniem tych badaczy bakterye błonicze nie dostają się wcale do głębi tkanek ustroju. Nie mogli oni ich też znaleść w krwi zwierząt szczepionych (z rzadkiemi wyjątkami). Jak widać z prac Froscha i doświadczeń Nowaka wspólnie ze mną dokonanych a dotąd jeszcze nie ogłoszonych drukiem, bakterye błonicze w śmiertelnych przypadkach bardzo często znajdywać można w krwi i innych narządach zmarłych dzieci, szczególniej zaś w śledzionie. Bakterye te odznaczają się w ogóle wielką jadowitością.

Według Rouxa jad wydzielany przez bakterye błonicze jest to toksyna a więc materya białkowata rozpuszczalna w wodzie, zbliżona składem do albumozy i peptonu, dająca się acz z pewną trudnością dyalizować przez błony zwierzęce i roślinne. Pod wpływem ogrzania do 60 C° rozkłada się ona stopniowo; własności biologiczne zbliżają ją do enzynów (według Rouxa diastazów) i jak wszystkie tego rodzaju ciała (n. p. toksalbumozy tężca i jad żmij) działanie swe ukazują w niezmiernie drobnych ilościach. Jak mała jest ilość właściwej zabójczej toksalbuminy, widzimy z doświadczeń Rouxa; mocna hodowla bulionowa, zabijająca świnkę morską w ilości 1/10 cm.^{3} obliczona na ilość suchej substancyi przedstawia się jako 0.001 grama, odliczając popioły i materye wyciągowe, pozostanie wszystkiej materyi białkowatej 0.00004 (4 setne miligrama), która jeszcze napewno jest większą od rzeczywistej ilości toksyny. Cyfra ta daje nam niejakie wyobrażenie o sile działania tej substancyi.

Toksyny wytwarzają się w hodowlach stopniowo i z początku dla wytworzenia ich w dostatecznej ilości oznaczano czas bardzo długi kilka tygodni i więcej wynoszący. W ostatnich swych pracach [4]) zwraca uwagę Roux, iż można szybciej

[1]) Nawiasowo wspomnę, że zarzuciłem zupełnie przy gotowaniu pożywek naczynia szklane, których używam przeważnie tylko do przechowywania i hodowania. Agar i żelatynę gotuję w blaszanych naczyniach. Naczynie mniejsze z agarem wstawia się do większego wodą nalanego i gotuje się przez stosowny przeciąg czasu. W celu łatwiejszego przygotowania agaru gotuję go z bulionem nie alkalizowanym w ciągu 12 do 20 godzin do utworzenia się wyraźnych kłaczków pływających w płynie przeźroczystym, poczem się płyn alkalizuje i znów przez godzinę gotuje. Filtrowanie odbywa się łatwo i czysto przez bibułę na karbowanym, ogrzewanym lejku.

[2]) Zeitschrift f. Hygiene. T. 17.

[3]) Annales de l' Instit. Pasteur. 1888, 1889, 1890.

[4]) Annales Pasteur. Nr. 9. 1894.

otrzymać toksyny przepuszczając ponad warstwą hodowli powietrze. Aronson na Zjeździe lekarzy w Wiedniu [5]) oświadczył, że otrzymał dobre wyniki hodując bakterye błonicze na powierzchni bulionu. Otrzymanie takich hodowli wymaga zachowania pewnych ostrożności.

W swoich doświadczeniach silne toksyny, jakiemi się obecnie posługuję, otrzymałem z jednego z zarazków wydzielonych z błony dziecka zmarłego na błonicę w Krakowie. Hodowlę przeprowadziłem w sposób opisany przez siebie w r. 1892 dla otrzymania hodowli bakteryj gruźliczych, które również najlepiej rosną na powierzchni i wówczas najprędzej toksyny wydzielają. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przypadek gruczolaka gruczołów Krausego.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Przed ośmiu laty dokonałem wyłuszczenia gałki ocznej u 9-letniej dziewczyny z powodu znacznej wielkości garbiaku lewego oka, który zaczął powstawać jeszcze w wieku niemowlęcym, prawdopodobnie po ropnem zapaleniu. Gojenie nastąpiło najzupełniej prawidłowo, oko sztuczne dało się bardzo dobrze zastosować. W końcu września r. z. chora zgłosiła się do mnie z powodu, że noszenie oka sztucznego już od roku coraz trudniejszem było, od wiosny zaś wcale niemożliwem. Badanie oczodołu wykazało: Połowa wewnętrzna jamy zupełnie swobodna, w zewnętrznej zaś znajdował się utwór jajowaty, barwy blado-różowej, przy dotknięciu dość twardy. Długość jego wynosiła 3 cm., szerokość 1·5 cm., grubość 1 cm. Kierunek miał od kąta zewnętrznego i od góry ku dołowi i cokolwiek ku wewnątrz, szerszą stroną skierowany był ku górze i tu łączył się na przestrzeni wynoszącej 1 cm. z zewnętrzną połową górnego załamka spojówki, pomiędzy zaś brzegiem zewnętrznym narośli a kątem zewnętrznym oka pozostawała przerwa również cały prawie 1 cm. szeroka. Ku dołowi i ku wewnątrz nowotwór zwężał się stopniowo i przyczepiał do dolnego załamka prawie w samym jego środku za pomocą szypułki jeden tylko milimetr grubości mającej. W tych więc tylko dwóch miejscach łączył się on ze spojówką, gdyż wszędzie dokoła najswobodniej oprowadzić mogłem sondę.

Badanie brzegów oczodołu dowiodło, że gruczoł łzowy żadnym zmianom nie uległ, wypadło więc rozpoznać w danym przypadku nowotwór powstały ze skupień gruczołów Krausego (dodatkowych gruczołów łzowych Henlego).

Najdokładniejszy opis t. zw. gruczołów gronowych Krausego podał Wolfring w pracy ogłoszonej naprzód w *Gazecie lekarskiej* (1872), następnie w *Centralblatt f. d. med. Wissensch.* (1872, Nr. 54) i najobszerniej w osobnym dodatku do *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde* za rok 1874. Słuszność wypowiedzianych przez autora poglądów potwierdzić mogę aż do szczegółów najdrobniejszych a żałować chyba wypada, że dotąd we wszystkich podręcznikach opisy gruczołów śluzowych gronowych spojówki wielką grzeszą niedokładnością. Otóż Wolfring udowodnił, że gruczoły gronowe obok górnego brzegu chrząstki powiekowej w istocie jej własnej zawarte i opisane dokładniej przez Kleina, w podręczniku przez Strickera wydanym (*Handb. d. Lehre v. d. Geweben etc.*), jakoteż gruczoły gronowe przez Sappeya, Krausego i Henlego w obrębie załamka opisane są ze względu na budowę i przeznaczenie najzupełniej identyczne. Najwłaściwiej przeto nazywać je gruczołami gronowymi Krausego. Co do topografii gruczołów, to zachodzi okoliczność, że gruczoły gronowe w samej chrząstce zawarte, położone są w wewnętrznej (nosowej) połowie powiek, gruczoły zaś w załamku znajdują się wyłącznie w skroniowej (zewnętrznej) połowie powiek. Podziału na obie grupy w górnej powiece uskutecznia ścięgno dźwigacza powieki, mianowicie gruczoły wewnętrznej połowy pozostają w istocie chrząstki, względnie pomiędzy ścięgnem mięśnia a spojówką, gruczoły zaś części zewnętrznej położone są ku zewnątrz od ścięgna. Dodać muszę, że ścięgno to, jakkolwiek rozgałęzia się wzdłuż całego brzegu oczodołowego chrząstki, jednakże włókna jego ściślej są ze sobą połączone tylko w części środkowej, w kierunku zaś ku brzegom są one ułożone o wiele luźniej, nadto zawierają tu znacznie mniej włókien mięsnych, ścięgno więc łatwo bardzo ustąpić może pod naciskiem rozrastającego się nad niem nowotworu, zwłaszcza w razie, jeśli, jak w naszym przypadku, gałka była poprzednio wyłuszczoną. Rozrost ku dołowi był najłatwiejszy, nowotwór przeto powstały z gruczołów gronowych, położonych w obrębie załamka zewnętrznej połowy górnej powieki, mógł wyrastać do jamy oczodołowej w kształcie n. p. języka. Zrost nowotworu z dolnym załamkiem powstał najpodobniej do prawdy z powodu, że chora przez dłuższy czas nosiła oko sztuczne o brzegu wyszczerbionym, mianowicie w miejscu położonem bezpośrednio obok dolnego zrostu; w miejscu tem znalazłem w spojówce znaczną zgrubiałość, w postaci grzebienia, prawie 1 cm. długiego, która brzegowi owemu najzupełniej odpowiadała. Chora oznajmiła nadto, że przed rokiem przeszło, gdy wkładanie oka było jeszcze możliwem, dość często pokazywała się krew. Przypuszczam, że właśnie wkładając wyszczerbione oko sztuczne, chora raniła jednocześnie brzeg dolny powstałego nowotworu i dolny załamek a wynikiem tego był następnie zrost obu zranionych powierzchni.

Powolny rozwój nowotworu, wejrzenie jego, zupełny brak obrzmienia gruczołów limfatycznych, przemawiały za jego łagodnością. Mimo to jednak wyciąłem oba miejsca przytwierdzenia nowotworu do spojówki jak najgłębiej w obrębie tkanki otaczającej, do górnej rany zastosowałem dwa szwy, do dolnej jeden, które usunąłem po upływie dwóch dni. Wyciąłem też cząstkę grzebienia w dolnym załamku spojówki powstałego. Gojenie odbyło się najzupełniej prawidłowo.

Wycięte części opracowałem płynem Flemminga, poczem przeniosłem je do wyskoku. W cząstce wyciętej z grzebienia znalazłem li tylko zbitą tkankę łączną. Na cięciu wykonanem przez środek narośli spostrzegamy dwa lub trzy ciemniejsze pola, przedzielone grubemi pasemkami włóknistej tkanki łącznej, dość liczne naczynia zawierającej. Pola zajmują zwykle dwie trzecie lub nawet trzy czwarte górne części preparatu, pozostała część dolna składa się li tylko z włóknistej tkanki łącznej nieróżniącej się co do budowy w niczem od tkanki przegródek. Pola górnej części preparatu okazywały już przy słabem powiększeniu tkankę gruczołową, której zraziki oddzielały od siebie dość grube (grubości prawie samych zra-

[5]) Por. opis przez Bączkiewicza. Gazeta lek. Nr. 51. 1894.

ków) pasemka włóknistej tkanki łącznej. W obrębie każdego pola zraziki tworzyły znów większe grupy, które oddzielały od siebie grubsze znacznie pasemka tkanki łącznej. Zraziki tkanki gruczołowej miały kształt prawie zawsze okrągły, składały się z komórek walcowatych, które były ułożone nakształt promieni. Grubsze części komórek były skierowane zawsze ku obwodowi, cieńsze ku środkowi. Jądra komórek znajdowały się zawsze w grubszej ich części i były położone prawie obok samego obwodu. Komórki wypełniały zwykle zupełnie zraziki, nie pozostawiając wcale światła w środku. Jednakże w częściach preparatu najbardziej ku górze i ku dołowi posuniętych napotykaliśmy często utwory zupełnie odmienne. Były to pęcherzyki o dość znacznej średnicy (niekiedy do 0·2 mm.), kształtu często nieprawidłowego, wysłane jednowarstwowym sześciennym przybłonkiem. Treść pęcherzyków przedstawiała się włóknistą, co pochodziło prawdopodobnie wskutek działania odczynników. Oczywiście mieliśmy tu utwory torbielowate; w górnej części preparatów spostrzegłem parę razy połączenie tych utworów z prawidłowymi przewodami gruczołów. Nowotwór wypada więc określić jako gruczolak torbielowaty włóknisty gruczołów Krausego.

Wspomniałem już wyżej, że na prawidłową anatomię gruczołów Krausego zbyt mało zwracano dotąd uwagi. To samo powiedzieć możemy o anatomii patologicznej, względnie o onkologii gruczołów. Dotychczas mamy ledwo parę opisów nowotworów z tych gruczołów powstałych. Fuchs w swej pracy *Ueber das Chalazion und einige seltenere Lidgeschwülste (Arch. f. Ophthalm.* XXIV. 2.), opisał pod nazwą raka gruczołowego powieki nowotwór mający 1 centym. wielkości a z chrząstką zrośnięty (wywiady i wiek chorego nieznane). Podścielisko składało się z włóknistej tkanki łącznej i z tkanki włóknistej i szklistej chrząstek i zawierało worki komórek przybłonkowych, które niekiedy przypominały resztki gruczołów. Fuchs przypuszcza, iż rak powstał w tym przypadku z gruczołów Meiboma, lub też z części chrząstkowej gruczołów Krausego. Aievoli (1887 r.) opisał przypadek oblaka „dodatkowych gruczołów łzawych“ streszczenia nigdzie nie znalazłem. Moauro *(Riv. internaz. di medicina e chirurgia* 1887) opisał przypadek nowotworu powstałego z gruczołów Krausego. Ze sprawozdania w *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* tyle tylko dowiedziałem się, że była to mała narośl dolnej powieki, która, zdaniem autora, powstać miała z gruczołów gronowych. Walssere w pracy mej: „Przyczynek do onkologii powiek“ *(Przegląd lekarski* 1890. Nr. 27., 28., 29.) opisałem przypadek gruczolaka gruczołów Krausego górnej prawej powieki, powstałego u 34-letniego mężczyzny w części gruczołów pozachrząstkowej. Nowotwór składał się z dwóch tkanek: z pól, tkanki gruczołowej (zrazików) i przegródek (tkanki międzyzrazikowej) z typowej tkanki ziarninowej. W górnej części nowotworu miała przewagę tkanka gruczołowa, w dolnej zaś tkanka ziarninowa.

W obu więc moich przypadkach nowotworów powstałych z gruczołów Krausego, mieliśmy gruczolaki, właściwie w pierwszym gruczolak ziarninowy (*Adeno granuloma*), w drugim zaś torbielowaty gruczolak włóknisty (*Fibro-adenoma cystoideum*).

III. O zmianach w nerwach obwodowych zależnych od miażdżycy tętnic.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 6. Lutego 1895 r.).

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Były jednak wskazówki, które skłaniały nie zadowolnić się przyjęciem zmian w samych naczyniach, lecz kazały szukać przyczyny w układzie nerwowym, mianowicie w rozwijającej się *neuritis n. tibialis, peronei* a prawdopodobnie i *ischiadici*. Za tem pojmowaniem rzeczy przemawiały bolesność wzdłuż nerwów, szybko rozwijający się zanik w pewnych grupach mięśniowych (badania prądem elektrycznym przeprowadzić nie mogłem z przyczyn nie odemnie zawisłych) i sam rodzaj owrzodzenia, który tak usadowieniem jak zajęciem tylko skóry, sposobem powstawania, więcej przemawiał za zmianą odżywczą w cierpieniach układu nerwowego powstającą, aniżeli za gangreną wskutek zmian naczyniowych powstałą. Rozbiór tej zmiany jak i znaczenia gwałtownych bólów, które głównie skłoniły do amputacyi poniżej kolana, pozostawiam sobie na później.

Temi myślami kierowany, będąc obecny przy operacyi, poprosiłem Prof. Rydygiera o wycięcie z części amputowanej po kawałku *n. tibialis* i *peronei* dla zbadania mikroskopowego. Dodać muszę, że tak *art. tibialis antica*, jak i *postica* były silnie ateromatycznie zmienione, jednak drożne tak, że po zdjęciu opaski Esmarcha niektóre tętnice małe niepodwiązane strzykały.

Dla uzupełnienia historyi choroby przytaczam, że pacyent w kilka tygodni podniósł się, bólów nie doznawał z wyjątkiem nieznacznych wzdłuż *n. ischiadicus*, z pomocą protezy dobrze chodził, oddawał się zwykłemu zajęciu tak w domu, jak i po za domem, nagle jednak w 5 miesięcy po operacyi po dobrym obiedzie życie zakończył wśród objawów *anginae pectoris*. Sekcyi wykonać nie można było. Badania mikroskopowe, jakie dokonałem na kawałkach wyciętych nerwów stwardnionych częściowo w płynie Müllera częściowo w płynie Fleminga barwiąc karminem, sposobem Weigerta i Pala wykazały, jak to widać na preparatach, zmiany następujące:

Na przekrojach poprzecznych *perineurium* mocno zgrubiałe, od którego idą szerokie pasma tkanki łącznej zbitej pomiędzy pęczki nerwowe otoczką grubą z tkanki łącznej złożoną okolone. Same włókna nerwowe, jedne dobrze utrzymane, inne przedstawiające obraz zwyrodnienia Wallera, inne wreszcie zupełnie zanikłe tak, że w niektórych pęczkach zaledwie z nich ślady pozostały a miejsce ich zajęła tkanka łączna. Stopień zmian w samych włóknach nerwowych widać szczególnie dobrze na przekrojach podłużnych i na rozdrobnionym preparacie ze świeżego nerwu a traktowanych kwasem nadosmowym. Tętnice w *perineurium* i *endoneurium*, jak również wewnątrz pęczków nerwowych położone mocno miażdżycowo zmienione a niektóre z nich zupełnie niedrożne.

Między pęczkami, jak również na obwodzie dość znacznie rozwinięta tkanka tłuszczowa, więcej niż w stanie prawidłowym, tak w niej jak i wśród tkanki łącznej dość liczne krwotoki. Zmiany te daleko wyraźniejsze w *n. tibialis*, aniżeli w *peroneus*.

Wynik zatem mikroskopowego badania potwierdził w zupełności moje przypuszczenie, obok znacznych zmian miażdżycowych tętnic wykazał *neuritis interstitialis* w badanych nerwach. Tak więc w opisanym przypadku u człowieka dotkniętego znacznego stopnia miażdżycą tętnic, wystąpiły w przeciągu roku objawy *neuritis* w zakresie *n. radialis sinistri*, *n. peronei* i *n. tibialis dextri*, nie mówiąc naturalnie o innych nerwach, w których zmiany anatomiczne mogły istnieć, nie byłem jednak w możności, wobec braku sekcyi, takowych zbadać a kliniczne obrazu nie dawały.

Zastanawiając się nad obrazem klinicznym a w związku z tem nad etyologią danego przypadku „wielokrotnej *neuritis*", wykluczywszy inne przyczyny, jak *n. infectiosa*, *n. toxica* (alkoholowa w tym przypadku na podstawie anamnezy i obrazu klinicznego), trudno mi było zadowolnić się ogólną nazwą *neuritis cachecticorum*, bo „kacheksyi" znacznej nie było w czasie, gdy *neuritis* się rozwijała a z koniecznością zwracał na siebie uwagę fakt jeden, t. j. że u człowieka, u którego poprzednio była widoczna rozległa miażdżyca tętnic ujawniła się *neuritis* w tych miejscach, w których miażdżyca tętnic była najwięcej rozwiniętą. Tętnica sprychowa lewa była więcej pokręconą, twardą, o tętnie mniejszem jak na prawej i mieliśmy też *neuritis n. radialis sin.* tętnica podkolanowa, stopowa prawa, prawie bez tętna i znów *neuritis n. tibialis* i *peronei dextri*. Zejście się tych faktów nasunąć musiało myśl, że albo ta sama przyczyna co miażdżycę wywołała i *neuritis*, albo też opierając się na kolejności faktów, że miażdżyca tętnic pociągła za sobą zmiany w nerwach. W każdym razie nasuwał się z koniecznością związek między miażdżycą tętnic, czy to jako współrzędnem cierpieniem, czy to prawdopodobniejsze jako przyczyną dla *polyneuritis* nie drogą podkopania odżywienia, lecz wprost przez zmiany naczyniowe, jeżeli tam gdzie one były najwyraźniejsze, tam też rozwinęła się *neuritis*.

Dla rozjaśnienia rzeczy przejrzałem dokładnie dotychczasową literaturę i z góry zaznaczam, że jakkolwiek nie bardzo obfita i jasna ale bez znaczenia ona nie jest.

W starszych podręcznikach nie mamy o stosunku miażdżycy tętnic do *neuritis* żadnej wzmianki.

W roku 1887 w pracy Oppenheima i Siemerlinga[8]), rozbierającej stosunek zmian w nerwach obwodowych do *tabes dorsalis*, spotykamy następujące spostrzeżenia:

Spostrzeżenie XXIII. P. Kuhn l. 74. *Dementia senilis.* Bardzo słaba, stara kobieta. Chód bardzo powolny, niepewny. Odruch kolanowy prawidłowy. Źrenice oddziałują. Zapad. Śmierć.

Sekcya: Miażdżyca naczyń. Badano *n. peroneus profundus.* Warstwa, która oddziela *perineurium* od włókien nerwowych, bardzo szeroka i zawiera pojedyncze miażdżycowo zmienione, po części zarosłe naczynia. Jądra znacznie zwiększone. *Endoneurium* rozbujałe. Większa część włókien nerwowych o prawidłowej budowie, między temi grupy zanikających włókien.

Spostrzeżenie XXV. Schneider l. 65. Kilka ataków apoplektycznych, które sprowadziły porażenie po prawej i lewej stronie ciała i objawy opuszkowe. Pacyent ciągle leży w łóżku i popada coraz w większy *marasmus.*

Sekcya wykazała silną miażdżycę i starsze ogniska apoplektyczne tak w prawej jak i lewej półkuli. Po stwardnieniu były badane. *N. peroneus communis dexter*, *n. cruralis dexter* i *saphenus major.*

Dość znacznie zmieniony okazał się *n. peroneus*, na przekroju zawiera większe grupy zanikłych włókien i powiększenie jąder; naczynia, które na przecięciu się znajdują, miażdżycowo zmienione. *N. cruralis* przedstawia prawie ten sam histologiczny obraz, jednak w mniejszym stopniu. *N. saphenus* prawie nie zmieniony.

Spostrzeżenie XXVII. Walter l. 80. *Hemiplegia dextra et aphasia.* Sekcya: *Marasmus senilis, arteriosclerosis, encephalomalacia flava hemisphaerae sinistrae.* Badany *n. saphenus major* wykazuje bardzo małe degeneracye.

Oto trzy spostrzeżenia, mogące się odnosić do naszego przedmiotu, które Oppenheim i Siemerling, przechodząc kolejno etiologią *neuritis*, pomieszczają pod rubryką: *Inanitio, Marasmus senium, Arteriosclerosis* a na str. 517 tak się wyrażają:

Pod nazwą *Inanition, Marasmus senium, Arteriosclerosis*, pomieściliśmy szereg spostrzeżeń, które trudno było rozdzielić ponieważ nieraz u jednego i tego samego osobnika działało równocześnie kilka tych przyczyn.

W znanym podręczniku Strümpella żadnej wzmianki nie znajdujemy. W 4. wydaniu podręcznika Eichhorsta (1891) w t. III. na str. 119. w poruszonej sprawie znajdujemy tylko takie zdanie:

„Według naszego doświadczenia wszelkiego rodzaju chyry *(cachexia)* wytwarzają bezwątpienia skłonność do powstawania *neuritis*, n. p. chyra rakowa, ciężka niedokrewność postępowa, uwiąd starczy, ogólna miażdżyca tętnic i t. d."

Tak więc do roku 1891 stosunek miażdżycy tętnic do *neuritis* był podobny jak każdej innej sprawy, działającej podkopująco na ogólny stan organizmu i tą drogą wywołujący zmiany. O bezpośrednim stosunku mowy nie było w niemieckiej literaturze, nie jasno bowiem również jest wspomniane w kierunku nas obchodzącym o zmianach w nerwach w rozprawie Zaega i Menteuffela[9]) wygłoszonej na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1891. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas od otwarcia oddziału, t. j. od 7. Czerwca do końca 1894 r.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell., praktykant oddziału.

Potrzeba kliniki laryngologicznej w mieście uniwersyteckiem, dokąd z najodleglejszych części kraju ściągają się chorzy dla szukania pomocy, oddawna uczuwać się dawała. Nieznaczna liczba tych chorych, dzięki gościnności Prof. Dra Obalińskiego, znajdywała pomieszczenie na oddziele chirurgicznym. Tak sprawa ta ciągnęła się przez szereg lat, aż w końcu Wydział krajowy uznał potrzebę utworzenia osobnego oddziału dla chorób krtani, którego nie posiada w ogóle żaden ze szpitali krajowych. W ten sposób ofiarnością kraju dnia 1. Kwietnia 1894 r., otworzono oddział laryngologiczny, liczący 10 łóżek, dając mu pomieszczenie w suterenach pawilonu chirurgicznego. Niestety, z przyczyny wad technicz-

[8]) Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1887. S. 98.

[9]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft der Chirurgie. II. str. 144. 1891.

nych, zajęcie sal mogło przyjść do skutku dopiero w początkach Czerwca, tak, iż sprawozdanie to z dniem 7. Czerwca 1894 r. zacząć nam dopiero wypada. Na tem miejscu wyrazić musimy publiczne podziękowanie Dyrektorowi Prof. Dr. Stanisławowi Ponikle, którego energii i życzliwości oddział nasz a tem samem i chorzy wiele mają do zawdzięczenia. Pomieszczenie oddziału naszego przy chirurgii było myślą bardzo szczęśliwą, gdyż brak odpowiednej sali operacyjnej utrudniałoby bardzo pracę na oddziale, głównie na zabiegach chirurgicznych polegającą. Prowadzenie oddziału byłoby zresztą w ogóle niemożebne, gdyby nie pomoc prof. Pieniążka, prymaryusza oddziału, który zasilił oddział ten własnemi narzędziami. Obok stałych chorych, których ruch mimo małych rozmiarów oddziału przecież był dość znaczny, udzielono nadto porady ambulatoryjnie, o czem wspomnę poniżej.

Od 7. Czerwca po koniec roku 1894. oddział nasz liczył 23 mężczyzn i 17 kobiet. czyli razem 40 chorych. Ze względu na częstość przypadków na pierwszem miejscu wymienić należy zwężenia krtani z powodu twardzieli (*scleroma*), których na ogólną liczbę 40 chorych przypada 14. Dalej zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej lub z powodu ostrego zapalenia krtani, których razem było przypadków 7, dalej wymienić należy zwężenia z przyczyny kiły trzeciorzędnej 2, gruźlicy 3, wreszcie nowotworów 2. W liczbie tych 28 przypadków wykonano tracheotomię w 22, w których odpowiednio naturze cierpienia stosowano dalsze zabiegi chirurgiczne, rozszerzanie, leczenie ogólne, wreszcie przebieg sprawy chorobowej zostawiano sobie samemu. Z zabiegów chirurgicznych zwrócić mi głównie należy uwagę na laryngofisurę oddającą nam znaczne usługi, w wielu razach rugującą zupełnie metodę dilatacyjną, względnie przychodzącą jej z pomocą. Laryngofisurę wykonano 27 razy u 16 chorych a mianowicie, w zwężeniu krtani z powodu twardzieli 13 razy, u 11 chorych, w zwężeniu po przebytej *perichondritis* 7 razy u 3 chorych, w zwężeniu skutkiem gruźlicy 2 razy w 1 przypadku, w zwężeniu w następstwie kiły trzeciorzędnej 4 razy u 2 chorych, wreszcie w zwężeniu krtani po błonicy 1 raz u 1 chorego. W pozostałej liczbie 6 przypadków zwężenia stósowano leczenie bez tracheotomii a tu należą przypadki gruźlicy krtani i twardzieli. Do liczby 28 przypadków zwężeń krtani dodać muszę 5, które ponownie przyjęte zostały, jużto z powodu pogorszenia się sprawy, jużto ze względu na ostrą postać choroby; w tych przypadkach z powodu braku miejsca, umyślnie wypisywano chorych ze szpitala z poleceniem zgłoszenia się później, gdy ostre objawy przeminą tak, iż razem zwężenia krtani było przypadków 32.

Ruch zatem chorych stałych przedstawia się jak następuje:

	mężczyzn	kobiet	Razem
Stenosis laryngis e scleromate	7	7	14
Stenosis laryngis post perichondritidem . .	5	—	5
Stenosis laryngis e perichondritide	2	—	2
Stenosis laryngis e tuberculosi	1	5	6 [1]
Stenosis laryngis e lue	—	2	2
Stenosis laryngis e sarcomate	1	—	1
Stenosis laryngis e fibromate laryngis . . .	1	—	1
Stenosis laryngis post diphtheriam	1	—	1
Tuberculosis laryngis sine stenosi	2	—	2
Syphilis tertiaria pharyngis	—	1	1
Fibro-sarcoma cavi pharyngo-nasalis . . .	1	—	1
Carcinoma tonsillae.	1	—	1
Scleroma nasi et cavi pharyngo-nasalis . .	—	1	1
Pachydermia laryngis verucosa	—	1	1
Pharyngitis chronica	1	—	1
	23	17	40

[1] Liczba ta wymaga objaśnienia, gdyż zwężeń krtani z powodu gruźlicy było, jak wyżej wspomniano, przypadków trzy; w liczbie tej 6 jeden przypadek 4 razy wracał się na nasz oddział tak, iż właściwie pozostaje trzy przypadki.

Z liczby tej 40 chorych, 5 mężczyzn i 5 kobiet razem 10 chorych pozostało na rok 1895.

Piętnaście przypadków twardzieli u chorych naszych stałych, nie licząc przypadków ambulatoryjnych, dowodzi nam pospolitości tej choroby u nas i ciężkich jej następstw; zostawiając sobie opracowanie spostrzeganych przypadków twardzieli na później, tu wspomnę tylko, iż w 12 przypadkach zajętemi były nos, jama noso-gardłowa, jama gardła choć nie zawsze, wreszcie krtań, w 1 nadto tchawica a w 1 obok zwężenia tchawicy, mieliśmy nadto obustronne zwężenie w oskrzelach a przytem prawie zupełne zarośnięcie krtani. (Anastazya Deputatka, l. 18, córka rolnika, z Olszanic w pow. tłumackim). Podobny przypadek znacznego zwężenia tchawicy z powodu twardzieli był także leczony już w r. 1894, przed otwarciem jednak oddziału. We wszystkich tych przypadkach starano się za pomocą łyżeczki ostrej pod kontrolą wzroku, t. j. przy użyciu lejka tchawicznego (Pieniążka), usunąć wybujałą tkankę a obok tego przez użycie odpowiednio szerokich i długich kawałków kateteru twardego jako kaniuli rozszerzyć światło tchawicy. Rezultat wszędzie uwieńczony był skutkiem pomyślnym, nawet w przypadku skomplikowanym ze zwężeniem oskrzeli udało się usunąć zwężenie tchawicy, co jednak wobec zwężenia oskrzeli wystarczyć nie mogło. Przypadek ten do dziś dnia jeszcze pozostaje na naszym oddziele, mimo energicznych zabiegów jednak nie pozwala pomyślnie rokować, zwężenie bowiem oskrzeli a jakiś czas usunięte wraca napowrót z przyczyny natury sprawy chorobowej. W jednym przypadku rozległej twardzieli zajmującej nietylko nos i gardło, ale nawet język i błonę śluzową jamy ust, mieliśmy zwężenie krtani na tle kończącej się *perichondritis* powstałe. Przy laryngofisurze wycięto wtłaczające się części miękkie z bocznych ścian krtani a zarazem oddzielono ochrzęstnę tylnej części chrząstki obrączkowej; sama tylna płyta bez śladu była zniszczona. Ze względu na pospolitość występowania twardzieli pod postacią t. zw. *chorditis vocalis hypertrophica inferior* wspomnieć muszę, iż w tych 14 przypadkach, względnie 13, gdyż jeden przypadek został ponownie przyjęty, mieliśmy 6 razy czystą postać tej t. zw. *laryngitis chronica subglottica*, przyczem wałki te podbrzeżne były jużto od więzadeł oddzielone rowkiem, jużto stanowiły z nimi jedną całość; w innych zaś przypadkach, gdzie inne części krtani były zajęte, zmian twardzielnych bezpośrednio pod strunami nigdy nie brakło. Pozostały piętnasty przypadek twardzieli zajmował jedynie nos i jamę noso-gardłową, wywołując zwężenie nosa, które drogami naturalnemi usunięto.

Przypadki zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej miały 4 razy swą przyczynę w przebyciu duru brzusznego, co odpowiada zupełnie ciężkim przypadkom duru u nas. W 2 przypadkach świeżego zapalenia ochrzęstnej wykonano z powodu zwężenia tracheotomię; w 5 przypadkach zwężenia po zapaleniu wykonano w 3 laryngofisurę z wycięciem wtłaczających się części miękkich pod głośnię; w razie nieruchomości strun głosowych wycinano je celem zyskania odpowiedniej szpary głosowej. Szpara w ten sposób otrzymana stawała się jednak zawsze z czasem węższą tak, że musiano badźto powtarzać laryngofisurę, badźto stósować metodę dylatacyjną. W dwóch pozostałych przypadkach listwowate zgrubienia na ścianach bocznych usuwano częścią nożem, częścią łyżeczką przez otwór tracheotomijny; w jednym z nich wykonano następnie plastykę, drugi pozostawiono na razie z kaniulą, polecając choremu po upływie pewnego czasu zgłosić się do dekaniulacyi. (Ciąg dalszy nastąpi).

K. Maydl: **Ueber subphrenische Abscesse**. Mit 8 Tafeln in Heliogravure und 12 Figuren im Texte. XI i 357. Wieden, nakładem J. Safářa. 1894.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Zestawienie przypadków. Jak sędzia śledczy, aby dojść do prawdy, zwołuje wszystkich świadków, tak

autor zawezwał przed swój trybunał 179 dotąd ogłoszonych przypadków, t. j. zawezwał ich o wiele więcej, lecz tyle stawiło się, jak wyżej wymieniłem.

W osobnym spisie podaje M. dotąd ogłoszone przypadki, których z rozmaitych przyczyn w swej pracy uwzględnić nie mógł a jest ich około 40. Dlaczego między niemi figurują przypadki w polskich zamieszczone tygodnikach (Kijewski, Biegański, Bruner, Ehrlich, Jawdyński i Jundziłł) trudno mi wyrozumieć; wszak chyba Czechowi polski język nie stał na przeszkodzie?

Materyał w ten sposób zebrany rozpatruje w 12 grupach, obejmujących każda etyologicznie spokrewnione przypadki i tak w I. grupie widzimy 35 przypadków, które wzięły początek od żołądka *(casus stomachales)*, w II. zaś 13 przypadków z kiszkami w związku stojących *(c. intestinales)*, do III. zaliczył 25 przypadków, pochodzących od wysięków okołokątniczych *(c. pericoecales)*, IV. *Echinoccus*, 17 przypadków, V. *Trauma subcutaneum abdominis*, 18 przypadków, VI. 20 przypadków od przewodów żółciowych *(c. cholcangiotici)*, VII. Od onercza *(c. perinephritici)* 11 przyp. VIII. *Abscessus metastatici*, 11 przyp., IX. *Vulnera penetrantia abdominis*, 6 przyp., X. *Varia*, 11 przyp., XI. *Caries costarum*, 3 przyp., XII. *Casus thoracales*, 9 przyp.

Wszystkie przypadki są prawie dosłownie powtórzone, tak, że każdy późniejszy na tem polu pracownik znajdzie już gotowy materyał a po każdej grupie znajdujemy uwagi autora, których wiązankę choć w bardzo suchem streszczeniu pozwalam sobie tutaj przytoczyć.

I tak co do pierwszej grupy przekonał się M., że po największej części przyszło do ropienia podprzeponowego skutkiem bezpośredniego przebicia ścian żołądka i to 32 razy przez wrzód drążący a tylko 3 razy przez rak żołądka. Przeważnie dotyczyło to osób w średnim wieku 20—40 lat; tak kobiety jak i mężczyźni ulegli temu zdarzeniu prawie na równi (20:15). Co do siedziby wrzodu, to najczęściej były to wrzody usadowione na krzywiźnie małej i w jej pobliżu, chociaż w 3 przypadkach wykazano siedzibę wrzodu na krzywiźnie żołądkowej dużej. 17 razy, na 35 było obok ropy powietrze lub gazy i to najczęściej pochodzenia żołądkowego, chociaż kilka razy mogło pochodzić i od płuc, gdyż i z niemi była komunikacya, z wyjątkiem jednego, położonego po stronie prawej, było 34 po stronie lewej.

W tych 35 przypadkach tylko w 10 zdecydowano się na incyzyę, względnie resekcyę żebra; z tych ostatnich wyzdrowiało 3; więc 25 nieoperowanych, 7 zoperowanych, razem 32 umarło.

W grupie II. t. zw. jelitowej wykazał M. okoliczności stwierdzające doświadczenia Sängera, który wstrzykiwał błękit pruski w tkankę łączną zaotrzewnową i zdołał wpędzić go tylko w okolicę kątnicy, nadnercza prawego aż po przeponę i dwunastnicy. To też i ropnie podprzeponowe tutaj w liczbie 13 zapisane, powstały 8 razy po przebiciu dwunastnicy, 4 razy kiszki grubej a raz cienkiej i to w okolicy kątnicy. 12 było po stronie prawej, tylko 1 po stronie lewej. Obok ropy znaleziono gazy 8 razy.

Grupa III., obejmująca 25 przypadków od kątnicy pochodzących, cechuje się tem, że przeważnie ropnie znajdowały się po stronie prawej. Z 14 operowanych wyzdrowiało 9, z 11 nieoperowanych wyzdrowiało 2.

Grupa IV., zawiera 17 przypadków bąblowca i należy do najlepiej poznanych, to też i 15 z tego było operowanych z wyleczeniem w 8 przypadkach.

Grupa V., obejmująca 18 przypadków ropni podprzeponowych powstałych skutkiem urazu podskórnego, należy o tyle do najciekawszych, że była dotąd prawie zupełnie nieznaną i że interesować może i powinna także i lekarza sądowego. Urazy bywały najrozmaitsze i tak 3 razy dźwignięcie znacznego ciężaru, 2 razy rzucenie o ziemię przy mocowaniu się, 2 razy bezpośrednie uderzenie i tyleż razy kopnięcie w bok, 1 raz jakiś bliżej nieokreślony uraz, który jednak doprowadził do znacznych zmian sekcyą potwierdzonych, zaczem zresztą przemawiają zestawienia Mayera i Edlera, wykazujące pęknięcia organów wewnętrznych nawet po nieznacznych urazach; 3 razy spadnięcie z wysokości, 2 razy przejechanie, 2 razy kontuzya wojenna granatem, 1 raz zawodowe ugniatanie w bok. Z 18 przypadków wyzdrowiało 8, z nich sześć po operacyi.

Grupa VI.: 20 przypadków od dróg żółciowych. W połowie przypadków przyczyną ropni podprzeponowych były sprawy toczące się w pęcherzyku żółciowym (kamienie, otok), w innych już to szersze, już też węższe przewody żółciowe. 16 razy był ropień, jak do przewidzenia, po prawej stronie, lecz przecież 4 razy po lewej stronie. Z 20 przypadków wygoił się tylko 1 dobrowolnie a 4 po przedsięwzięciu operacyj i to w jednym przypadku bardzo licznych.

Grupa VII.: 11 przypadków pochodzenia okołonerkowego. Po wliczeniu urazowych przypadków do osobnej grupy pozostały tutaj tylko takie, gdzie zapalenie okołonerkowe powstało skutkiem choroby samej nerki *(pyelonephritis* 4 razy, *nephrolithiasis* 2 razy, *nephritis suppurativa metastatica)* albo też samoistnie. 4 razy przebiła się ropa do opłucny, 1 raz do płuc, wreszcie były dążności do tego, lecz do przebicia nie doszło. Charakterystycznem jest zajęcie mięśnia lędźwiowego i przykurczenia skutkiem tego odnogi dolnej.

Z siedmiu operowanych wyzdrowiał tylko jeden, w którym zarazem usunięto chorą nerkę. Wszyscy czterej nieoperowani zmarli.

Grupa VIII.: 11 przypadków pochodzenia przerzutowego. 3 przypadki operowano, 1 wyzdrowiał, nieoperowani umarli wszyscy. Tylko 2 razy po lewej stronie (śledziona), resztę po prawej (wątroba).

Grupa IX.: Rany przestrzeni podprzeponowej, 6 przypadków. Wszyscy zmarli bez operacyi, jednak czterech z nich po tak długim przeciągu czasu 8—12 tygodni, że M. słusznie przypuszcza możliwość operacyi a zatem może i wyleczenia.

Grupa X.: 11 przypadków rozmaitych i zakwestyonowanych. Tutaj pomieścił autor różne rozrzucone przypadki, które w poprzednich grupach miejsca nie znalazły a dla których trudno było osobne tworzyć grupy. I tak n. p. mamy tu 4 przypadki ropni podprzeponowych pochodzących od spraw zapalnych narządu płciowego kobiecego. We wszystkich były domieszane gazy, operacyi nie robiono, wszystkie zakończyły się śmiercią. Jeden przypadek dotyczył promienicy kręgów a reszta, t. j. 6 były same niepewne przypadki.

Grupa XI.: Trzy przypadki wywołane gruźlicą żeber. Wszystkie operowano z dobrym skutkiem.

Grupa XII.: 9 przypadków ropni podprzeponowych, pochodzących od organów klatki piersiowej. W 3 z nich przebił się wysięk opłucnowy bez zajęcia równoczesnego płuc a w 6 innych były zajęte płuca. Jeden przypadek wyzdrowiał dobrowolnie, jeden po operacyi a reszta umarła.

Przebieg. Autor sprzeciwia się, żeby w ślad za Ramadanem dzielić ropnie podprzeponowe na zawierające powietrze (gaz) i nie zawierające go, przyznaje jednak, że przebieg tych dwóch kategoryj jest różnym.

W trojaki sposób powstają gazy w takim ropniu: 1) jeżeli z organu zawierającego powietrze przez nadżerkę wraz z ropą dostaje się do przestrzeni podprzeponowej powietrze, 2) jeżeli już gotowy ropień przebija się do takiegoż organu i 3) bez komunikacyi, jako skutek biologicznych własności mikroorganizmów.

Według tych trzech okoliczności ułożonych owych 179 przypadków w trzy grupy poucza nas, że przypadki pochodzenia płucnego i wątrobowego są zupełnie wolne od komunikacyj z organami powietrze zawierającymi; że w 20 przypadkach było powietrze pochodzące

z przewodu pokarmowego a w 16 przypadkach przez przebicie się do płuc, w końcu, że tylko w jednym przypadku można było przypuszczać powstanie gazów skutkiem działania mikroorganizmów.

Najważniejszem pod względem przebiegu jest przebijanie się ropy do płuc lub opłucny. Chory, któremu ropa dostaje się wprost do płuc, może zginąć zaraz przy pierwszym wybuchu, albo też dopiero po wytworzeniu się zapalenia płuc od drażnienia przez ciało obce, lecz nie wykluczonem jest właśnie na tej drodze dobrowolne wyleczenie (6 przypadków).

Przebicie się ropy do worka opłucnowego cechuje się znacznym bólem, brakiem tchu (*dyspnoe*), nagłem pojawieniem się lub powiększeniem wysięku przy równoczesnym braku plwocin. Tutaj musi odbyć się operacya, gdyż bez niej nie ma wyjścia.

Przebicie się ropy do dróg pokarmowych lub do pęcherzyka żółciowego rzadko się wydarza i trudno daje się wyleczać.

L e c z e n i e. Oddawna istniała zasada, żeby ropie, gdziekolwiek się ja przypuszcza, zrobić odpływ na zewnatrz. Jeżeli dawniejsi lekarze kiedy rozpoznawali ropę w przestrzeni podprzeponowej, to tylko wyjątkowo decydowali się na przecięcie, przeważnie wyczekiwali przebicia się ropy samej na zewnątrz a co najwięcej, odważali się na punkcyę trójgrańcem. M. wykazuje z jednej strony brak pomyślnych wyników, z drugiej zaś nieraz szkodliwy wpływ przez wywołanie zapadu, który kilkakrotnie zakończył się nawet śmiertelnie.

Dalej oświadcza się autor jako zwolennik doszczętnej chirurgicznej terapii tych ropni powołując się na statystykę, która wykazuje, że na 179 przypadków operowano 74 razy a mianowicie 45 rozcięć z 19 pomyślnymi wynikami i 29 resekcyi żeber w 20 razach uwieńczonych dobrym skutkiem.

Z tych 74 operacyj było 37 wykonanych drogą klatki piersiowej a więc z przecięciem opłucny (*transpleural*), która bardzo często (45%) w tych razach bywa przyrosłą, co naturalnie operacyę znacznie ułatwia.

Ważną jest okoliczność, na którą zwraca M. uwagę a mianowicie, że chociaż blaszki opłucnowe nie są w pobliżu ropnia podprzeponowego zrosłe, wpadanie powietrza do worka opłucnowego nie odbywa się z taką łatwością, jakby to z góry można było przypuścić, a to dlatego, ponieważ główny tego czynnik, przepona, przez sprawę chorobową zajęta, jest wykluczonym a powtóre, ponieważ przestrzeń opłucnowa w dalszym odcinku w tych razach skutkiem obrzęku znacznie bywa zmniejszoną.

Jeżeli ropień podprzeponowy, t. j. jego dolna część jest jeszcze przystępnym poniżej łuku żebrowego, natenczas mamy najprostsze okoliczności, gdyż otwarcie tego ropnia nie różni się od otwarcia każdego ropnia głębokiego na brzuchu położonego.

W razie znacznego wyparcia tegoż ropnia ku górze, dostajemy się do niego przez klatkę piersiową wypiłowując odpowiednie żebro. Zachowanie się nasze różnić się będzie tylko wobec ostatniego aktu operacyi, t. j. otwarcia samej przepony. Jeżeli natrafimy na zrosty blaszek opłucny ściennej ze sobą, natenczas dostajemy się wprost przez przeponę do jamy ropnia. Nawet w tych najłatwiejszych okolicznościach radzi M. być przezornym i przyszyć brzegi rozciętej przepony do brzegów skóry, gdyż statystyka jego wykazuje, że raz przyszło w podobnym przypadku do rozlutowania się sklejonych blaszek opłucnowych a w następstwie do śmierci z infekcyi jamy opłucnowej cuchnącą treścią ropnia.

Również korzystnem jest zdarzenie, jeżeli natrafimy na wysięk ropny w opłucny a dopiero poniżej osobno ropień podprzeponowy, przyczem tylko pilnie baczyć należy, aby tego ostatniego nie przeoczyć. M. radzi mimo tego zrobić osobny przeciwotwór dla ropnia przynajmniej na pierwszych kilka dni, dopóki nie oczyści się jama jego.

Najniekorzystniejszym jest przypadek, jeżeli natrafimy na zupełnie wolną opłucnę lub surowiczy wysięk pomiędzy jej blaszkami. W takim razie przyszywamy przeponę do brzegów opłucny ściennej, albo jeszcze lepiej do brzegów skóry i dopiero otwieramy ropień.

Nie mogę ukryć swego zdziwienia, że autor, opisując te wszystkie powyżej wyliczone metody operacyjne, przepomniał o jednej z najważniejszych, t. j. r e s e k c y i d o l n e g o b r z e g u k l a t k i p i e r s i o w e j p o d a n e j p r z e z L a n n e l o n g u e a a opisanej przez ucznia jego C a n n i o t a (*De la resection du bord inferieur du thorax.* These de Paris 1891.); jestem bowiem zdania, że za pomocą niej możnaby w niektórych razach bez pleurotomii wprost dostać się do ogniska ropnego. *Obaliński.*

Choroby dzieci.

Z. S o k o ł o w : O zastosowaniu wysokich wlewań u dzieci.

Gdy do leczenia cierpień przewodu pokarmowego coraz częściej polecane bywają wysokie wlewania do kiszek, interesującem stało się pytanie, jak wysoko może się dostać płyn wlewany przez odbytnicę i jakie zachodzić mogą przeszkody dla dostania się jego do jelit cienkich. W tym celu wykonał S. cały szereg doświadczeń na przeszło 200 trupach dziecięcych a doświadczenia te doprowadziły go do wielce interesujących wyników.

Przedewszystkiem więc przekonał się S., że położenie anatomiczne prostnicy i kiszki esowatej nie jest stałe, że znajduje się ona zwykle po stronie prawej (55% przypadków), lub po lewej (24%) wreszcie mniej lub więcej w linii środkowej, w miarę mniej lub więcej długiej kreski. Zgięcie jelita przy początku kiszki esowatej, t. j. na 10—15 cm. od otworu stolcowego może stanowić przeszkodę do dalszego wprowadzenia drenu; w miarę wypełniania się kiszki zgięcie się wyrównywa a dren dostaje się z łatwością nawet do kiszki zstępującej. Aby wprowadzić płyn do całej kiszki grubej, nie potrzeba wprowadzać wysoko drenu, płyn dostanie się zawsze co najmniej aż do kiszki ślepej, jeśli tylko wlewamy go z pewnej wysokości a ściskaniem rzyci z zewnątrz zapobiegamy wracaniu się płynu. Z jelita ślepego do cienkiego dostaje się płyn wlewany tylko w pewnych okolicznościach. U osesków była zastawka Bauhina drożną w 80% przypadków, u dzieci od 2 lat tylko w 50%. Domykalność zastawki tej zależy od stósunków anatomicznych a szczególnie od mniejszego lub większego fałdu błony śluzowej.

Dochodząc do praktycznych rezultatów swej pracy wypowiada autor zdanie, że wysokie wlewania mogą nam w leczeniu chorób przewodu pokarmowego oddać ważne usługi i poleca je w cierpieniach tak jelita grubego jak jelit cienkich a zwłaszcza w ostrym zapaleniu jelit (*cholera infantum*), gdzie wlewania mogą oddać dobre usługi a dotychczasowe leczenie niejednokrotnie jest bezsilnem. (*Jahrb. f. Kindhlkd.* XXXVIII. 2. 3.) *Dr. Raczyński.*

Położnictwo.

Prof. F a v r e. Przypadek trepanacyi płodu.

Między 4-ma przypadkami z praktyki chirurgiczno-położniczej autora ogłoszonych w pierwszym zeszycie Archiwum Virchowa z b. r. zasługuje na uwagę następujący:

U 33-letniej kobiety rodzącej był zmuszony autor wykonać trepanacyę u płodu, którego główka w położeniu twarzowem była ustaloną, tak, iż obrotu nie można było dokonać. Po dokładnej trepanacyi i kranioklazyi dziecię urodziło się żywe a, co ważniejsza, krzyczało. Celem zakończenia męczarni wprowadził autor palec przez otwór w czaszce i zniszczył mózg, *corpora bigemina*, *pedunculi cerebri* móżdżek i górną część mostu Warola. Mimo tego zabiegu dziecię nie przestało krzyczeć, natomiast nie poruszało się wcale. Wówczas ugniótł autor palcem opuszkę rdzenia, poczem wystąpiły u dziecka ogólne drgawki tężcowe, *opistotonus*, wreszcie i śmierć.

W objaśnieniu tego przypadku dodaje autor, że ośrodka wydawania głosu u dzieci nie można brać za jedno z ośrod-

kiem Broki. Wedle dotychczasowych badań spoczywają ośrodki dowolne w mózgu a nie w opuszce rdzenia.

Dla wydobycia głosu potrzeba, aby napięły się więzadła głosowe a głośnia zwęziła. Włókna nerwu błędnego i jego ośrodek zawiadują powyższą czynnością, jednak nie dowiedziono tego wcale, aby ośrodek ten był ośrodkiem dowolnego dobywania głosu. Przypadek autora dowodzi, że w nim środek dowolnego dobywania głosu spoczywał w opuszce rdzenia, a mógł to być ośrodek nerwu błędnego, lub inny. Autor nie wyklucza możliwości, iż w przypadku jego zachodziło wyjątkowe zjawisko; podał zaś ten przypadek do wiadomości, aby przyspożyć materyału dla prac Munka, Goltza, Exnera i innych. (*Archiv für pathol. Anat. und Physiol. von Virchow.* Tom 139. Z. 1. 1895). *Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

F a v r e i P f y f f e r. **Dalsze doniesienie o przyrodzie ostrego żółtego zaniku wątroby.**

Autorowie potwierdzają wyniki badań podjętych przez Klebsa, Eppingera Hlavę, Babesa i t. d., że przyczyną ostrego zaniku wątroby jest zakażenie. Uzyskawszy z przypadku ostrego zaniku wątroby hodowlę paciorkowca (*streptococcus pyogenes*) szczepili go zwierzętom, którym poprzód zaciskali przewód żółciowy. W ten sposób uzyskiwali zmiany w wątrobie często odpowiadające tak makroskopijnie jak i mikroskopijnie żółtemu ostremu zanikowi. Ich zdaniem trzeba do powstania zaniku nie tylko zakażenia, ale także ogólnej zastoiny w włosowatych przewodach żółciowych, wówczas bowiem rozdzielają się w miąższu wątroby mikroby podobnie jak to dzieje się w miąższu nerkowym przy zastoinie moczu. (*Archiv für path. Anat.* i t. d. *von Virchow.* 1895. Z. 1). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

H o l z h a u s e n. **Znaczenie sądowo-lekarskie zagięć kości czaszki noworodków przy znacznej zgniliźnie**

Autor zachęcony własnym przypadkiem i pracą Dittricha, roztrząsającą powyższy temat, zastanawia się nad znaczeniem zagięć kości czaszki noworodków przyczem dochodzi do następujących wniosków:

Zagięcie kości czaszkowych powstaje zwykle w czasie porodu przez ucisk, jaki wywiera *promontorium* miednicy na czaszkę w chwili przejścia jej przez kostny przewód porodowy. Powstaje ono jak doświadczenie poucza, tylko wtedy, jeśli jest niestosunek porodowy a zatem obecność zagięć kości czaszki dowodzi, iż poród nie nastąpił nagle i niespodzianie. Już choćby tylko ten wniosek usprawiedliwia dostatecznie doniosłe znaczenie sądowo-lekarskie zagięć czaszki, gdyż dozwala on na pewne sprzeciwić się obronie matki, tłómaczącej się nagłością porodu jako przyczynie śmierci noworodka. Zagięcie kości czaszkowych może powstać tylko wtedy, jeśli czaszka płodu stawia opór uciskowi wywieranemu przez *promontorium*, a to zależy od tego, czy czaszka jest należycie napięta. Ponieważ zaś napięcie, odporność czaszki zależą od jej treści a głównie od tego, czy płód w tym czasie żyje, gdyż po śmierci płodu napięcia tego nie ma a czaszka w całości stósuje się do wąskości przejścia, przeto dowodzi obecność zagięć, iż dziecię w czasie porodu żyło.

Ponieważ na czaszce niedonoszonego płodu mogłyby powstać zagięcia tylko przy znacznym niestosunku porodowym o którym zresztą łatwo można przekonać się w każdym przypadku, przeto obecność zagięcia dowodzi, jeśli nie było niestosunku porodowego, iż dziecię było donoszone (o czem pouczają wreszcie i zwykłe cechy płodu.

Doświadczenie położnicze potwierdza, iż podobne zagięcia nie sprowadzają zejścia śmiertelnego u noworodka, jeśli czaszka i jej treść nie okazują innych obrażeń, a zatem niema powodu do twierdzenia na podstawie obecności samego zagięcia, iż dziecię urodziło się nieżywe.

Tym wywodom możnaby zarzucić, iż przecież mogą powstać podobne zagięcia po porodzie przez ucisk wywarty rękami drugiej osoby lub ciałem obcem, lecz w tych razach rozstrzyga o przyrodzie zagięcia jego usadowienie się, jego kształt, brak innych obrażeń wreszcie obecność zmian reakcyi za życia w formie podbiegnięć krwawych i t. d.

Tak więc zdaniem autora obecność zagięć na czaszce noworodków nawet mocno już gnijących dowodzi, iż poród był trudny, a zatem powolny i spodziewany, że dziecię w czasie porodu żyło, było donoszone i urodziło się żywe.

O ile wnioski te słuszne, jeśli tyczą się zwłok świeżych o tyle nie mogą one mieć pełnego znaczenia w zwłokach gnijących, wówczas bowiem, nie można stanowczo rozstrzygnąć, czy zagięcia nie powstały już po porodzie, gdyż zmiany przemawiające za gwałtem zewnętrznym, jak sińce, podbiegnięcia, rany i t. d. będą do tego stopnia zmienione, iż nie wyjaśnią, czy one za życia powstały, czy też po śmierci noworodka. Przypisek sprawozdawcy. (*Zeitschrift für Medb.* 1895. Z. 1). *Wachholz.*

F r e y e r. **Gorączka połogowa pod względem sądowo-lekarskim.**

W obec sądu rozchodzi się w przypadkach gorączki połogowej o to, czy winę jej powstania należy przypisać położnej względnie innej osobie, udzielającej rodzącym kobietom pomocy. Autor omawia sposób powstania gorączki połogowej, a przyjmując autoinfekcyę dodaje, że chociaż przypuszczenie jej nie jest dotąd należycie uzasadnione, przecież musi lekarz sądowy przyjąć jej możliwość, gdyż w przeważnej liczbie przypadków nie dają bezwzględnej pewności dla rozstrzygnięcia pytania, czy przyczyną gorączki była wina położnej czy autoinfekcya, ani badanie bakteryologiczne, ani zmiany anatomiczne ani wreszcie przebieg kliniczny. Ponieważ doświadczenie uczy, że przypadki samozakażenia przebiegają pomyślnie, przeto autor twierdzi, iż przypadki kończące się śmiercią należy uznawać za powstałe z zakażenia przez drugą osobę; przypadki zaś z przebiegiem pomyślnym nie wykluczają możliwości samozakażenia. (*Zeitschr. f. Medb.* 1894. Nr. 23). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

45. O s k u t k a c h s u r o w i c y s w o i s t e j p r z e c i w b ł o n i c y. (Z obrad kongresu dla medycyny wewnętrznej w Monachium). Sprawozdawca prof. H e u b n e r z Berlina oświadcza, iż surowica lecznicza Behringa stanowi epokę w terapii i że nie można zaprzeczyć jej korzystnego wpływu na przebieg prawdziwej, czyli tak zwanej Brétonneauwskiej błonicy. Na podstawie wykazów statystycznych dowodzi sprawozdawca, że mimo wszelkich trudności w oznaczeniu wartości dat statystycznych śmiertelność z błonicy spadła po użyciu surowicy Behringowskiej z 44 na 21% i że ten łagodniejszy o wiele od czasu użycia surowicy Behringowskiej przebieg błonicy nie może być w żaden sposób dziełem przypadku, rezultatem łagodniejszego *genius epidemicus*. Do sądzenia o wartości surowicy leczniczej nadają się tylko te przypadki, w których badanie bakteryologiczne wykazało prątki Loefflerowskie. Wszystkie inne przypadki nie są prawdziwą błonicą; są one do niej tylko podobne (*diphtheroïdes*).

Wpływ surowicy leczniczej objawia się:

a) w przebiegu gorączki. Mianowicie z małemi wyjątkami nie ma tak charakterystycznego podniesienia się temperatury po spadku;

b) w rychlejszem i dokładniejszem oddzielaniu się w gardle błon wrzekomych;

c) w niejakiem powstrzymywaniu się sprawy miejscowej. W żadnym mianowicie przypadku, w którym w chwili rozpoczęcia leczenia surowicą nie było przypadów ze strony krtani, nie dostrzeżono i później jej zajęcia. Jeżeli jednak krtań była już zajęta, nie można było widzieć korzystnego

wpływu surowicy na przebieg sprawy chorobowej w tym organie.

d) w krótszem trwaniu potrzeby intubacyi w dławcu krtani (*croup laryngis*) tak, iż rurkę intubacyjną trzeba było trzymać przez $^1/_3$ tego czasu, co dawniej.

Co do wpływu surowicy swoistej na nerki, nie można było przekonać się o zmniejszeniu się liczby przypadków z białkomoczem; natomiast to nie ulega wątpliwości, że z przypadków leczonych zaraz 1. dnia surowicą daleko więcej, niż przedtem, przebiegało bez białka w moczu.

Rokowanie było tem korzystniejsze, im wcześniej rozpoczęło się leczenie surowicą, która natomiast nie okazywała wyraźnego wpływu ani na porażenia, ani na osłabienie czynności serca.

Co do immunizacyi, pokazało się, iż nie można używać do niej zbyt małych dawek surowicy, tudzież, że ta ochrona trwa bardzo krótko, co najwięcej kilka tygodni.

Z bezpośrednich skutków ubocznych surowicy wymienić należy tylko osutki przyrody naczynio-ruchowej, niekiedy przebiegające wśród ciężkich objawów ogólnych. Niewątpliwego zapalenia nerek skutkiem użycia surowicy dotychczas nie wykazano.

W rozprawie nad tem zdaniem sprawy oświadcza Baginsky, że na 525 przypadków błonicy leczonych od 15. Marca 1894 r. w szpitalu Cesarzowej Fryderykowej surowicą Aronsonowską a następnie Behringowską śmiertelność, która dla błonicy wynosiła w Berlinie dawniej 44%, spadła za użyciem surowicy na 15%, powiększyła się zaś w Sierpniu i Wrześniu, gdy brakło surowicy, do 51%. Do korzystnego działania surowicy odnieść należy, zdaniem Bagińskiego, poprawę stanu ogólnego, zwykle wszakże dopiero 2. lub 3. dnia po rozpoczęciu leczenia surowicą spostrzedz się dającą, zmniejszenie się gorączki i pewien wpływ miejscowy na sprawę w gardle a mianowicie uderzające jej wstrzymanie się w niektórych przypadkach, nie pojawianie się zwężenia krtani, jeżeli krtań była jeszcze wolna w chwili rozpoczęcia leczenia, pomyślne działanie intubacyi, która usunęła prawie zupełnie tracheotomią a wskazuje jakoby na łatwiejsze oddzielanie się błon wrzekomych.

B. uważał od czasów użycia surowicy więcej porażeń, niż dawniej, prawdopodobnie dlatego, ponieważ więcej dzieci zostaje teraz przy życiu. Śmiertelność jest tem mniejsza, im wcześniej rozpoczęto leczenie surowicą.

Niekiedy widziano ropnie w miejscu wstrzyknięcia surowicy, mianowicie wtedy, gdy wstrzykiwano w substancyę mięśniową.

Orzeczenie o wartości immunizacyi jest trudne; w każdym razie należy do niej używać nie zamałych ilości surowicy.

Wiederhofer z Wiednia powtarza swe zdanie już dawniej wypowiedziane, iż surowica swoista ma niewątpliwie korzystny wpływ na przebieg błonicy.

Ranke z Monachium przytacza, że dostawał do leczenia przypadki błonicy dopiero w 3. lub 4. dniu choroby i że z 96 przypadków prawdziwej błonicy okazywało 63 objawy zwężenia krtani już przy przyjęciu. Z tych 63 w 21 ustąpiły po surowicy wcale rychło przypady zwężenia, intubowano zaś 42, z których 13 zakończyło się śmiercią a zatem znacznie mniej, niż dawniej. I czas intubacyi skrócił się teraz znacznie. Z tego wnosi R., że surowica do pewnego stopnia przerywa sprawę błoniczą i przeszkadza mianowicie dostaniu się jej do oskrzeli.

Kohts ze Strasburga nie mógł z małemi wyjątkami przekonać się o znacznej zmianie w przebiegu błonicy pod wpływem surowicy.

Seitz z Monachium oświadcza, że o żadnych wybitnych skutkach szkodliwych surowicy mowy być nie może. Nie ma mianowicie ani zadrażnienia nerek, ani częściej niż dawniej białkomoczu i porażeń, niekorzystnego wpływu na serce i inne sprawy chorobowe. Tylko osutki pojawiały się za użyciem surowicy, mianowicie zapobiegawczem częściej, niż dawniej.

Stintzing z Jeny nie przemawia ani za surowicą ani przeciw niej, zwraca jednak uwagę, iż obecnie znajdujemy się widocznie w okresie lekkiej błonicy i dlatego może się dopiero po latach pokazać, czy łagodniejszy teraz przebieg błonicy odnieść należy do działania surowicy, czy też do łagodniejszego także *genius epidemicus*.

Trump z Gracu zdaje sprawę ze swych ścisłych poszukiwań bakteryologicznych u osób tak chorych na błonicę, jak i nieokazujących żadnych jej znaków. U chorych na błonicę udało mu się wykazać trzy rodzaje prątków: 1) prawdziwe Loefflerowskie, 2) inne, niechorobotwórcze i 3) wrzekomo błonicze, podobne w hodowlach całkiem do prątków Loefflerowskich, które jednak w doświadczeniu na zwierzętach całkiem nie okazały się chorotwórczemi.

T. przekonał się, 1) że u dzieci chorych na błonicę gardła znajdował się prawdziwy prątek Loefflerowski bardzo często i na innych błonach śluzowych, jak na spojówce, w nosie, niekiedy nawet na błonie śluzowej sromu nie wywołując w tych miejscach żadnych objawów patologicznych. 2) że prątek błoniczy utrzymuje się bardzo długo. Jakoż udało się wyhodować go z błony śluzowej gardła jeszcze w 82 dni po skończeniu się u dziecka błonicy, lubo znacznie osłabiony. Nawet u dzieci, które nigdy nie okazywały żadnych przypadów błonicy, udało się nieraz wykryć prątek błoniczy na spojówce i błonie śluzowej nosa, przyczem można przypuścić, iż prątek ten przeniosły dzieci wyzdrowiałe z błonicy do sal, gdzie leżały inne dzieci.

3) że skutkiem tego mogą pośredniczyć w szerzeniu się błonicy dzieci, które nigdy nie okazywały przypadów tej choroby.

4) że to przenoszenie choroby daje się wytłómaczyć tylko przez bezpośrednie zetknięcie i że zatem sama tylko desinfekcya mieszkania i rzeczy używanych przez chorych nie wystarcza do zapobiegania rozwlekaniu choroby.

46. O znaczeniu terapeutycznem żelaza (z obrad kongresu dla medycyny wewnętrznej w Monachium). Sprawozdawca, prof. Bunge zwracając uwagę na ważność hemoglobiny, jako połączenia żelezistego, zapytuje się, zkąd ona bierze się w ustroju? Zdanie, jakoby przez syntezę powstawała hemoglobina z żelaza do ustroju wprowadzonego, nie jest prawdopodobne na podstawie badań fizyologiczno-chemicznych. Poszukiwania Glicińskiego, Hamburgera i innych wykazały, że w przewodzie pokarmowym nie ma wyraźnej przynajmniej resorpcyi połączeń nieorganicznych żelaza, własne zaś poszukiwania sprawozdawcy dowiodły, iż z dających się wessać połączeń organicznych żelaza dostaje się ten metal przecież do ustroju. Takie, zdolne do wessania połączenia organiczne żelaza znajdują się w żółtku jajecznem w postaci tak zwanych nukleoalbuminów. W mleku jak również w pokarmach roślinnych znajduje się kilka połączeń, z których organizm może sobie przyswoić żelazo. Gdy jednak pokarmy roślinne zawierają bardzo wiele żelaza, zawiera go mleko nadzwyczaj mało, coby na pozór przynajmniej nie zgadzało się ze zdaniem powszechnie przyjętem, iż mleko zawiera w pewnym stosunku korzystnym wszelkie składniki potrzebne do wzrostu organizmu. Ten brak dostatecznej ilości żelaza w mleku wyrównywa się u noworodka w ten sposób, iż przychodzi on na świat z bardzo znacznym zapasem żelaza pochodzącym ze krwi krążącej w części matczynej łożyska. Skoro tylko wyczerpie się ten zapas żelaza, chwyta się zwierzę instyktownie pożywienia roślinnego. Coś podobnego przypuszczać wolno i dla noworodka ludzkiego; nie należy jednak przypuszczać, iż ustrój matczyny u człowieka dopiero podczas ciąży gromadzi zapasy w sobie żelaza, ażeby go przy porodzie dać noworodkowi; owszem prawdopodobniej ustrój kobiecy ze względu na swe przeznaczenie już w okresie pokwitania rozpoczyna gromadzić w sobie zapasy żelaza. Z temby może zostawała w związku okoliczność, iż blednica pojawia się właśnie w wieku pokwitania, jeżeli organizm w celu wytworzenia w sobie zapasów żelaza odejmuje je krwi a z przyczyny upośledzenia asymilacyi pokarmów nie pokrywa tego

ubytku. Na wessanie połączeń nieorganicznych żelaza nie ma dowodów. Zupełnie inaczej rzecz się ma z połączeniami organicznemi; te ulegają niewątpliwie wessaniu, inna atoli kwestya, czy je ustrój sobie przyswaja. Dlatego za najlepszy sposób wprowadzania żelaza do ustroju uważa sprawozdawca używanie pokarmów roślinnych obok pożywienia zawierającego dużo żelaza. Skłania on się do przypuszczenia, iż skuteczność przetworów żelezistych polega na sugestyi.

Quincke z Kilonii, drugi sprawozdawca, po rozmaitych wywodach teoretycznych uważa sole żeleziste, osobliwie żelazawe i białkany żelaza za przetwory bardzo przydatne. Sądzi, że w wymierzaniu dawki powinno się mieć na oku rzeczywistą ilość żelaza w danym przetworze.

Co do preparatów hemoglobiny, doświadczenia dotychczasowe nie wystarczają jeszcze do stanowczego orzeczenia o ich wartości.

W dyskusyi nad temi zdaniami sprawy oświadcza się Stiefler za skutecznością zdrojów żelezistych. Heubner sądzi z własnych spostrzeżeń, iż osesków niedokrewnych nie można długo żywić samem wyłącznie mlekiem. Siegfried zwraca uwagę na pomyślne działanie na błednicę pobytu w miernych wysokościach (500 m.) obok podawania przetworów żelezistych. Immermann z Bazylei przywodzi, że i pokarmy najwięcej nawet żelaza zawierające same nie wystarczają do leczenia błednicy, lecz że trzeba obok tego zadawać stósowne przetwory żeleziste. Nothnagel z Wiednia uważa leżenie przez kilka tygodni w błednicy za szczególniej skuteczne. Ziemssen z Monachium i Baeumler z Fryburga są za użyciem żelaza. (*Berl. klin. Wchschft.* 8. Kwietnia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie zwyczajne w dniu 22. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 28.

1) Kol. Krokiewicz: *O wadach rozwojowych narządu moczo-płciowego z uwzględnieniem powstawania obojnactwa (hermafrodytyzmu).* Prelegent w dłuższem a treściwem zestawieniu cofnął się aż do 3. tygodnia rozwoju zarodka, kiedy to wytwarza się w części tylnej jamy brzusznej woreczek będący zawiązkiem omoczni (*allantois*) a tem samem i pęcherza moczowego, wspomniał, iż omocznia w dalszym swym rozwoju wychodzi obok przewodu pępokiszkowego przez otwór pępkowy na zewnątrz i rozwija się między owodnią a kosmówką, obrastając swem zdwojeniem cały zarodek z owodnią i zaznaczył, iż początek omoczni tworzy pęcherz moczowy połączony z dolną częścią przewodu pokarmowego i otwierający się do wspólnej kloaki i że do pęcherza moczowego a względnie kloaki w pierwszych miesiącach życia płodowego uchodzą ujścia pierwotnych przewodów nerkowych (t. zw. ciał Wolfa); omówił powstawanie moczownika (*urachus*), zanik części zewnętrznej omoczni w drugim miesiącu życia płodowego w miarę wytwarzania się krążenia łożyskowego a tem samem i zadanie zewnętrznego woreczka omoczni, t. j. pośrednictwo przy połączeniu naczyń zarodka w nim rozgałęzionych a krążeniem matki. Wspomniał o przekształceniu się wspólnej kloaki w zatokę moczopłciową (*sinus urogenitalis*), wytworzeniu się międzykrocza i oddzieleniu narządu moczo-płciowego od przewodu pokarmowego, o sposobie powstawania moczowodów, miedniczek nerkowych, kielichów nerkowych a wreszcie o prawdziwych nerkach, które dopiero z końcem trzeciego miesiąca występują na jaw, uwzględniając teorye powstawania Remaka i Kupfera.

Następnie prelegent omówił powstawanie przyrządów płciowych wewnętrznych i zastanowił się nad ciałami Wolfa, t. zw. pierwotnemi nerkami, przewodami ciał Wolfa, przewodami Müllera, tudzież i gruczołami płciowymi, z których wytwarzają się albo jądra albo jajniki i wykazał, jakim zmianom ulegają powyższe organy przy wyróżnianiu się płci męskiej lub żeńskiej, poczem przystąpił do omówienia powstawania części płciowych męskich i żeńskich zewnętrznych. Przy omawianiu powstawania gruczołów płciowych, zwrócił uwagę na poglądy Waldeyera (*Eierstock u. Ei.* 1870), według którego pierwotne założenie płci w zarodku jest obojnakowe.

Po przedstawieniu prawidłowego, fizyologicznego rozwoju organów moczopłciowych przystąpił prelegent do omówienia wad utworowych i zastanowił się nad powstawaniem t. zw. *atresia completa*, *atresia ani vaginalis*, wysokiem ujściem cewki moczowej z przerostem łechtaczki, epispadii, hipospadii, wad rozwojowych macicy, pochwy i powstawaniem obojnactwa t. j. hermafrodytyzmu.

Najdłużej zatrzymał się nad powstawaniem obojnactwa, określił cechy dla obojnactwa i przytoczył podział przyjęty dziś w nauce na: 1) *hermaphroditismus verus* i 2) *h. spurius* czyli pseudohermafrodytyzm. I. *Hermaphroditismus verus* dzieli się na: α) *bilateralis*, β) *unilateralis*, γ) *lateralis transversus*. II. *Pseudohermaphroditismus* zaś dzieli się na: α) *p. masculinus* i β) *p. femininus* a każdy z nich rozpada się znów na 3 działy, t. j. *internus*, *externus* i *completus*. Następnie zastanowił się prelegent nad przypadkami ogłoszonymi dotychczas w literaturze, o ile one mogą wytrzymać krytykę, i określił bliżej przypadek przez siebie przedstawiony na posiedzeniu poprzedniem Towarzystwa.

W końcu poświęcił prelegent kilka uwag w sprawie stanowiska obojnactwa ze względu na medycynę sądową i kwestyę socyalną.

Wykład urozmaicony był przedstawieniem 13 tablic w tym celu sporządzonych a tyczących się historyi rozwoju organów moczo-płciowych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierali głos koll. Wachholz, Uhma, Skałkowski i prelegent.

2) Kol. Uhma: *Czy okres utajenia pierwotnego wrzodu kiłowego może trwać cztery miesiące?* Mówca opowiada o przypadku wrzodu twardego na napletku u pacyenta, który rzekomo co najmniej cztery miesiące przed wystąpieniem owrzodzenia stósunków płciowych z nikim nie miał a u którego możliwość zakażenia na innej drodze wydaje się wykluczoną. Zwraca następnie uwagę na znane sobie z praktyki i literatury znaczne różnice w okresach utajenia wrzodu twardego nawet w tych przypadkach, gdzie jad pochodził z tego samego źródła. Zwróciwszy wreszcie uwagę na trudności w oznaczeniu chwili zarażenia, już z tego powodu, że rzadko nader trafia się na pacyentów, którzyby po kilka miesięcy wstrzymywali się od spółkowania, przychodzi mówca do przekonania, że sprawy tej na razie nie można stanowczo rozstrzygnąć i że w danym przypadku możliwość tak długiego utajenia zaprzeczyć się nie da.

Z powodu spóźnionej pory na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Posiedzenie czwarte z dnia 25. Lipca o godz. 10-tej rano.

Przewodniczący Dr. Załoziecki z Czerniowiec.

X. Profesor **Rydygier** przedstawia chorego, któremu wykonał laparotomię z powodu cierpienia rozpoznanego pierwotnie w klinice wewnętrznej a potem w chirurgicznej jako *pyonephrosis tuberculosa*. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że sprawa chorobowa dotyczy nie nerki lecz gruczołów chłonnych pozaotrzewnowych; stanowiły one guz ruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, wewnątrz w wielu miejscach zropiały. Guz ten wszył mówca w ścianę brzuszną, łącząc za pomocą szwów otrzewnę boków guza z brzegami rany, poczem sam guz naciął i części zropiałe wyskrobał; guz ten przez dalsze ropienie stopniowo się zmniejszał tak, że teraz nie jest większy od jabłka średniej wielkości. Jed-

nocześnie stan ogólny chorego poprawił się znakomicie; przez trzymiesięczny pobyt w klinice chory zyskał na wadze około 10 kilogramów.

XI. Dr. **Wehr** opisuje przypadek połknięcia blaszki sztucznego podniebienia wraz z zębami; długość jej wynosiła mniej więcej $2^1/_2$ cm. Nie będąc w stanie ciała tego wydobyć haczykiem Graefego, wykonał mówca ezofagotomię zewnętrzną i przez ranę operacyjną przełyku wydobył blaszkę kleszczykami, wykonawszy przytem nią ćwierć obrotu. Ranę zeszył mówca katgutem; zagoiła się ona w trzy tygodnie, pozostała tylko mała blizna z boku szyi zupełnie ruchoma.

Dane statystyczne zebrane przez Fischera a dotyczące ciał obcych w przełyku, są podług autora następujące: Co się tyczy natury ciała obcego, to w 34% przypadków mamy do czynienia ze szczęką sztuczną, w 33% z kośćmi, w 7% z monetami i t. d. Śmiertelność w tych razach nie przenosi 25%; przyczyną zejścia śmiertelnego bywa *perforatio, perioesophagitis, mediastinitis, phlegmone colli*, wreszcie krwotok (w 6% przypadków). Ezofagotomia daje dobre wyniki w pierwszych 24 godzinach; drugiego dnia już gorsze o 6%. Po dłuższym czasie, w lat kilka, po dostaniu się ciała obcego do przełyku, wyniki są znów dobre. Dalej, wyniki są stósunkowo lepsze, jeżeli ciało obce jest większych rozmiarów, n. p. dobrze zakończyły się przypadki, gdzie z przełyku wydobywano widelec. Ciała ostre są niebezpieczne ze względu na możliwość przebicia aorty. W leczeniu następowem zaleca Dr. Wehr używanie cewników na pół twardych. Znalezienie przełyku nie zawsze jest, zdaniem Dra Wehra, rzeczą łatwą.

W dyskusyi podaje Dr. Szuman, że w jednym przypadku wydobył przez usta z przełyku kawałek szczoteczki rozmiarów nieco większych, niż okazany przez Dra Wehra.

XII. Dr. **Ziembicki** przedstawia chorą, która zgłosiła się do niego z ropniem na szyi. Po nacięciu ropnia i po wypuszczeniu z niego około 200—250 grm. cuchnącej ropy, doszedł mówca do przełyku, który okazał się przedziurawionym przez kość długości $1^1/_2$—3 cm. Kość ta przebiwszy ścianę przełyku utkwiła w kręgosłupie.

Dalsze badanie wykazało, iż powstałe w skutek tego ropienie opuściło się ku dołowi do śródpiersia, wywołując tam także zapalenie ropne (*mediastinitis postica*). Wobec tego przystąpił Dr. Z. do odkrycia śródpiersia od tyłu i w tym celu zrobił częściową resekcyę 3., 4., 5. i 6. żebra w tylnej ich części obok kręgosłupa; wycięte kawałki żeber miały do 2 cm. długości. Przez otrzymany drogą tą otwór wprowadzono dren. Leczenie to dało wyniki zupełnie zadawalniające. Metodę operowania w *mediastinitis postica* uważał autor początkowo za swoją, następnie jednak spotkał się z jej opisem w pracy Nasiłowa w *Wraczu* z 1888 r.

W dyskusyi nad odczytem Dra Ziembickiego Dr. Bar ą c z dodaje, że prócz Nasiłowa zajmowali się kwestyą dostania się do *mediastinum posticum* Quénu i Hartmann. Autorowie ci na posiedzeniu *Societe de Chirurgie* w dniu 4. Lutego 1891. zdali sprawę z odnośnej pracy doświadczalnej i opisali własną metodę operacyjną polecają oni cięcie w środku pomiedzy wewnętrznym brzegiem lewej łopatki a wyrostkami grzbietowymi kręgów na 15 cm. długie, przecięcie lub podniesienie mięśnia kapturowego. Przecięcie *m. rhomboideus* i resekcyę kąta 3., 4. i 5. żebra w obszarze 2 cm. Po rozwarciu zewnętrznego brzegu rany można uzyskać otwór na 12 cm. długi, przez który da się dosięgnąć *mediastinum posticum* bez otwarcia opłucny, którą odsuwa się palcami. Autorowie ci polecają zawsze stronę lewą, ponieważ doświadczenia ich zrobione na mrożonych trupach, wykazały zgodnie z twierdzeniem Braunego, że dostanie się stroną prawą jest niebezpieczne. Po stronie prawej opłucna wysyła wypustki pomiędzy kręgosłup a przełyk, podczas gdy po stronie lewej odchodzi wprost od tyłu ku przodowi i ręką można łatwo dosięgnąć aorty i przełyku. Sprawy chorobowe w śródpiersiu tylnem, które wymagać mogą tego zabiegu, są według wspomnianych autorów następujące: 1) gruczoły gruźlicze, 2) sprawy ropne naokoło przełyku, ropnie opadowe od strony kręgów (drenowanie śródpiersia tylnego), 3) różne sprawy chorobowe w przełyku samym: *a*) ciała obce wklinowane, *b*) ograniczone nowotwory (*carcinoma oesophagi*) z wyłączeniem rozległych nacieków z powodu braku miejsca i niemożności zeszycia oddalonych od siebie przeciętych końców połyku, 4) wreszcie posługując się tym sposobem, można dotrzeć łatwo do spraw chorobowych w górnych częściach płuca. Dr. B. wykonał tę operacyę kilkakrotnie na trupie i przekonał się, że dotarcie do śródpiersia tylnego za pomocą opisanej metody jest możliwe i nie trudne. Szczególnie nadawałaby się wspomniana metoda do drenowania śródpiesia tylnego i do wydobycia ciał obcych mocno wklinowanych w połyku. W celu usunięcia nowotworów złośliwych należałoby resekować o jedno żebro więcej, t. j. 6 żebro. Ostatni zabieg przedstawia bardzo znaczne trudności i wymaga osobliwej wprawy na trupach. (Sprawozdanie własne).

Dr. Kader opisuje przypadek z kliniki chirurgicznej wrocławskiej, w którym użyto takiej samej metody operacyjnej, aby dostać się do śródpiersia tylnego w celu wydobycia ciała obcego z lewego oskrzela.

XIII. Dr. **Barącz** przedstawia chorego, u którego wykonał z zupełnem powodzeniem wykluczenie jelita z powodu znacznych zmian stanowiących następstwo *paratyphlitis* i omawia obszerniej powstanie tej operacyi, jej technikę i wskazania. (Przypadek ten ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim* z roku 1894. str. 221).

W dyskusyi prof. Obaliński opisuje swój podobny przypadek, gdzie z powodu gruźlicy jelita ślepego wykonał całkowite wykluczenie tego jelita wraz z częścią *coli ascendentis* i *ilei* i otrzymał zupełne wyleczenie chorej. (Przypadek ogłoszony w *Medycynie* 44. 1894).

Dr. Wehr chwali metodę wykluczania jelit i przyznaje jej zalety w niektórych przypadkach spraw chorobowych.

XIV. Dr. **Dembowski** przedstawia 1⁰ odlewy gipsowe i fotografie z przypadku, w którym wykonał z powodzeniem rynoplastykę sposobem Israela; 2⁰ fotografię chorego operowanego z dobrym wynikiem z powodu *meningocele spuria traumatica*.

W dyskusyi nad tym odczytem prof. Obaliński zwraca uwagę na tak korzystny rezultat otrzymany przez Dra Dembowskiego. Sam mówca jest zwolennikiem Wolfowskiego sposobu rynoplastyki, jakkolwiek Israel na zeszłorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich sposób ten mocno krytykował. Według tej metody wykonał niedawno mówca w jednym przypadku plastykę nosa i wynik otrzymał zupełnie zadawalniający.

XV. Dr. Gabryszewski: *O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej.* (Sprawozdanie własne). Dwa przypadki rozległego wypiłowania klatki piersiowej z powodu nowotworów jej ścian (z których jeden był przedstawionym w roku zeszłym w towarzystwie lekarskiem krakowskiem), skłoniły mówcę do wykonania kilku doświadczeń na psach celem przekonania się w jaki sposób się te rzeczy goją i jak się zachowuje płuco. Doświadczenia te nieukończone jeszcze, dają jednak już dziś pewne wyjaśnienia a mianowicie: płuco w miejscu ubytku ściany klatki piersiowej, przylepia się wkrótce do skóry, która również jak i krawędzie ściany klatki piersiowej pokrywać się zaczyna zdrową ziarniną. Płuco tylko w miejscu bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem ulega atelektazie i częściowemu zbliznowaceniu, w ogóle jednak po pierwszem zapadnięciu powoli rozszerza się i wypełnia powietrzem tak, że mała tylko jest różnica w porównaniu z drugiem płucem. Zmniejszenie płuca jest tem większe, im większy ubytek w ścianie a zatem większe wpuklenie skóry do jamy opłucnowej. O żadnej rozległej atelektazie płuca mowy nie ma. Operacyę tę wykonywać można śmiało, zachowując pewne ostrożności t. j. płat skóry ma być znacznie większy niż ubytek w klatce piersiowej, jamę opłucnową należy otwierać powoli aby się chory przyzwyczaił do nowych stósunków oddychania, przepłukiwania wszelkie są szkodliwe. Postępowanie Witzla, który wypełnia jamę opłucnową wodą a potem ją wyciąga i przez to płuco rozszerza, może w danym przypadku ratować życie.

XVI. Prof. **Rydygier** przedstawia nowsze narzędzia i przyrządy chirurgiczne: *a)* przyrząd ortopedyczny Hessinga do leczenia zapaleń stawu kolanowego, *b)* przyrządy tegoż fabrykanta do ustalania zranionych kończyn dolnych na polu bitwy *(Kriegsapparate)*, *c)* piłkę w postaci nakarbowanego drutu stalowego, podaną przez Gigliego, *d)* piłę Helfericha, *e)* zasówki hemostatyczne, zmodyfikowane według dawnych wzorów i wprowadzone w użycie przez Dra Kozłowskiego.

XVII. Prof. **Rydygier**: *O leczeniu gruźlicy stawów.* Wyniki wykładu swego streszcza mówca w sposób następujący: (Sprawozdanie własne).

1) Leczenia zachowawczego nie należy uważać za postępowanie współzawodniczące z leczeniem operacyjnem, przeciwnie jedno uzupełnia drugie.

2) Które postępowanie w danym przypadku wybrać, zależy to od stanowiska socyalnego chorego, od jego wieku, od ogólnego stanu jego zdrowia, od zmian miejscowych i od tego, jaki staw jest zajęty.

3) Skoro mamy wybitne zropienie stawu dążące do postępowania i zniszczenia całego stawu, należy przystąpić do operacyi.

4) Im doskonalsze mamy środki leczenia konserwatywnego, tem więcej ograniczyć możemy operacye.

5) Najlepszy sposób leczenia konserwatywnego jest taki, który pozwala choremu na używanie świeżego powietrza i ruchu, nie narażając jednocześnie stawu na podrażnienie.

6) Najlepszy sposób leczenia operacyjnego jest taki, który najdokładniej dozwala wydalić części chorobowo zmienione, bez zbytnich względów na późniejszą czynność stawu, w niektórych stawach zaleca się wprost zupełne zniesienie stawu.

7) Zbyt późne oddawanie do operacyi przypadków gruźlicy stawów polepsza wprawdzie statystykę leczenia konserwatywnego, nie wychodzi jednak na korzyść chorym; tak samo, jak zawczesne operowanie niepotrzebnie nieraz kaleczy. Wybrać na jedno i drugie odpowiedni czas, to właśnie szczytne zadanie myślącego i doświadczonego chirurga; szablonu tu być nie może.

8) Dzielną pomocą leczenia miejscowego jest leczenie ogólne, mianowicie pobyt nad morzem lub w odpowiednich kąpielach.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Kwietnia 1895 r.

— Od redakcyi. Jak nam donoszą, utrzymuje się w niektórych kolach Czytelników naszego pisma mniemanie, iż porządek artykułów oryginalnych w *Przeglądzie lekarskim* jest wyrazem uznania stopnia ich wartości naukowej przez redakcyą. Otóż pospieszamy zapewnić, iż zdanie to jest mylne. Od chwili przyjęcia do druku nie robimy między artykułami żadnej różnicy a kolej, jakiej trzymamy się w umieszczaniu artykułów oryginalnych, zależy częścią od tego, czy artykuł ukazuje się poraz pierwszy, czy pochodzi od współpracownika miejscowego czy zamiejscowego, częścią od ważnych względów typograficznych, których pismo wychodzące w jednej z najstarszych w Polsce drukarni (niegdyś Piotrkowczyków z 16. wieku) i w mieście znanem od dawna z rozwoju sztuki drukarskiej, nie może w żaden sposób pomijać bez uchybienia tradycyi.

— M. Kirchner badał bakteryologicznie pył z podłogi, mebli i innych przedmiotów znajdujących się w salach zajętych przez suchotników, których plwociny zbierano starannie do osobnych naczyń, następnie wyjaławianych. Do zbierania w celu badania używano małych gąbek również wyjałowionych. Na 42 świnek szczepionych pyłem w ten sposób uzyskanym zginęła z gruźlicy tylko jedna i to szczepiona pyłem zebranym z nocnego stolika suchotnika ciężko chorego.

Spostrzeżenia te dowodzą, iż staranne zbieranie i desinfekcyonowanie plwocin suchotników zapobiega rozwlekaniu zarodków a tem samem i szerzeniu się choroby. Można więc pozwolić przebywać osobom zdrowym w towarzystwie suchotników, byleby plwociny w wiadomy sposób czyniono nieszkodliwemi.

— Z początkiem roku 1894. było w 25 kantonach szwajcarskich 1692 lekarzy czyli jeden lekarz jest na 1761 mieszkańców. Dwa razy więcej przypada lekarzy w kantonie genewskim (1 na 887) i w kantonie mieście Bazylei (1 na 984). Najmniejszy stosunek jest w kantonie fryburskim (1 na 3581).

— W Norwegii postanowiono zająć się statystyką narkoz od 1. Lutego 1894. do 1. Marca 1895 r. Ma ona obejmować wszelkie rodzaje narkoz.

— W Wiedniu powstało austryackie towarzystwo otologiczne pod przewodnictwem znanego otyatry, prof. J. Grubera.

— W roku 1894. przewiozły miejskie ambulanse w Londynie 29688 chorych i przebyły w tym czasie 201091 mil (angielskich). Prócz tego przewiozły statki ambulansowe 1101 chorych i przebyły 21785 mil. Ogólny koszt przebycia końmi mili angielskiej wyniósł około 2 franków.

— Żywym dowodem wiary w skuteczność pomocy lekarskiej jest wieśniak z gubernii tobolskiej na Syberyi, który w ciągu 6 miesięcy zrobił piechotą bez przewodnika 3000 kilometrów w celu dostania się do Petersburga i zasięgnięcia porady u jednego z tamtejszych okulistów.

— Najwyżej z pomiędzy wszystkich aeronautów wzniósł się dotychczas w dniu 4. Grudnia roku zeszłego Dr. Berson w Stassfurcie. W $1\frac{1}{2}$ godziny po puszczeniu się w powietrze dosięgnął wysokości 6000 metrów i temperatury 29° poniżej zera. Od tej chwili musiał dla pokonania bezdechu z przyczyny rozrzedzenia powietrza wciągać w siebie tlen i to tem więcej, im wyżej się wznosił, gdyż w przeciwnym razie doznawał gwałtownych zawrotów. Doszedł do wysokości 9150 metrów i temperatury — 54°, poczem rozpoczął spuszczać się na dół. Niejaki Glaisher wzniósł się wprawdzie w r. 1862. prawdopodobnie do

wysokości większej niż 10000 metrów, lecz już w wysokości 8500 metrów stracił przytomność.

— Zakład dla chorych umysłowych w Nanterre pod Paryżem zasługuje słusznie według wyrażenia się zmarłego profesora Petera na nazwę fabryki epidemij; w roku 1892. panowała w nim cholera, w roku następnym dur brzuszny, w roku bieżącym zaś ukazała się w 50 dotychczas przypadkach choroba mająca znamiona rojnicy (*ergotismus*), według innych zaś tężyczki (*tetania*) do zbadania której powołano osobnych znawców.

— **Nekrologia.** W ciągu ostatnich 3 miesięcy złowrogi dur osutkowy z grona lekarskiego 4-tą już porywa ofiarę. Społeczeństwu naszemu tak potrzebującemu ludzi dzielnych i pełnych poświęcenia choroba ta zabiera tęgiego lekarza praktycznego, prawdziwego dobroczyńcę ludności fabrycznej rozsiedlonej w okolicy Winnik pod Lwowem. Ś. p. Dr. **Kazimierz Sobolewski**, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, po 8-letnich, gruntownych studyach w szpitalach krajowych i zagranicznych przyjął przed 8 laty skromną posadę lekarza fabryki tytoniu w Winnikach i tu wkrótce dla niepospolitych zalet charakteru i znakomitych zdolności lekarskich stał się ulubieńcem sfer inteligentnych i zamożnych a bożyszczem ludu wiejskiego i zastępów robotniczych. Delegowany przez Starostwo lwowskie do tłumienia duru osutkowego, który na krańcach powiatu wystąpił w 2 miejscowościach epidemicznie, uległ tej ciężkiej chorobie w dniu krytycznym, pomimo młodego wieku (lat 37) i najstaranniejszych zabiegów Kolegów lekarzy, którzy starali się wszelkiemi siłami, choć napróżno, ocalić to życie tak potrzebne dla społeczeństwa. W Niedzielę dnia 7. Kwietnia r. b. grono lekarzy lwowskich i tłumy ciężko strapionej ludności odprowadziły do grobu zwłoki ukochanego lekarza a Dr. Ziembicki, imieniem Towarzystwa lekarskiego, Dr. Obtułowicz zaś imieniem powiatu rzewnemi słowy pożegnali Zmarłego u stóp świeżo usypanej mogiły. Cześć zacnemu druhowi! *Sit ei terra levis!* *Dr. Obtułowicz*

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 14-tym. M. Zweigbaum: O torbielach pochwy. N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*, pasożyt chorobotwórczy dla ryb (ciąg dalszy). A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych (dokończenie). W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie za Marzec. Wł. Kopytowski: Jak często u prostytutek uznanych za zdrowe, trafiają się gonokoki i inne bakterye w wydzielinie szyjki macicznej. Jan Sędziak: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych (dokończenie). Wł. Staniszewski: Przypadek wrodzonego, ograniczonego zwężenia pochwy. W. Dąbrowski: Prof. Behring. Choroby zakaźne w świetle nowoczesnych badań. W *Medycynie* Nrze 14 tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych (ciąg dalszy). A. Żurakowski: Łatwy sposób przygotowywania hodowli płytkowych w postaci preparatów stałych. W *Zdrowiu*, Zeszycie za Marzec. S. Sterling: Przyczynek do bakteryologii mleka. S. Radziszewski: Nieco o pomocy lekarskiej na wsi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Gabryszewski: *W sprawie leczenia wrzodów goleniowych* (z demonstracyą). 2) kol. doc. Beck: *O powstawaniu urobiliny* (z demonstracyą). 3) kol. prof. Bujwid: *Wyniki badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych w roku zeszłym przez podkomisyę wodociągową.*

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada sekundaryusza z płacą roczną w ilości 400 złr.

Kandydaci do tej posady muszą oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryackie,

2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryackich,

3) dokładną znajomość języków krajowych,

4) nieskazitelny charakter, tudzież wiek nieprzekraczający 40 lat.

5) opis dotychczasowej praktyki.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca Kwietnia 1895.

Magistrat król. woln. miasta. 79—1—1

Przemyśl, dnia 30 Marca 1895.

Dworski.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 20. Kwietnia 1895 r. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8. Telefonu Nr. 105.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Peres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O zmianach w nerwach obwodowych zależnych od miażdżycy tętnic.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 6. Lutego 1895 r.).

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Tymczasem już w r. 1889. Joffroy i Achard[10]) poraz pierwszy opisują przypadek dotyczący kobiety lat 63 liczącej, u której wykazali zmiany zapalne w nerwach a stopień tychże szedł w parze ze stopniem zmian miażdżycowych w naczyniach i tytułują go wprost: *Névrite peripherique d'origine vasculaire.*

Słusznie też Cramer[11]) (1892.) przechodząc kolejno wszystkie dotąd ogłoszone przypadki *neuritis*, tak o wspomnionym przypadku się wyraża:

„Zupełnie odosobnione a bardzo uwagi godne jest spostrzeżenie Joffroy i Acharda. Wskazuje ono, że dzięki schorzeniu naczyń nerwów obwodowych, może w tych ostatnich powstać rozpad istoty rdzennej i zanik włókien osiowych. Kilka dawniejszych protokołów sekcyjnych wskazywały wprawdzie na możliwość, że zmiany w naczyniach moga brać udział w powstawaniu *neuritis*, tak przekonywująco jednak w żadnym dotąd przypadku ten związek nie dał się wykazać."

Ten zapewne przypadek i podobne stanowiły podstawę dla utworzenia w dziele angielskiem o chorobach nerwowych Goversa (1892.) osobnej formy nazwanej: *neuritis atheromatosa* Na stronie 123. wspomnionego dzieła wyraża się Govers: „Ta forma *(neuritis atheromatosa)* zasługuje na szczególną uwagę dzięki swemu właściwemu mechanizmowi. W przypadkach tych były nerwy kończyn na znacznej rozległości uszkodzone wskutek miażdżycy (albo *arteriitis obliterans)* swoich tętnic."

W wydanym zaś w roku 1894. dziele o chorobach nerwowych, Oppenheim wspomina tylko na str. 349., że: „sprawy zapalne w nerwach można było w niektórych przypadkach odnieść do miażdżycy tętnic, tak n. p. jako przyczynę zmian w nerwach kulszowych *(neuritis ischiadici)* wykazano *arteriitis obliterans.*"

Dla uzupełnienia literatury, muszę jeszcze wspomnieć o pracy ciekawej Otta wydanej w r. 1893. p. t.: *Untersuchungen über die Sehnerveranderungen bei Arteriosclerose.* Praca ta stojąca tylko w pośrednim związku z poruszonym przezemnie przedmiotem, wspomina jednak, że obok głównego t. j. mechanicznego działania (ugniecenie nerwu w *foramen opticum* przez zmienione naczynia t. j. *carotis* i *art. ophthalmica)* i następowego zwyrodnienia, nie da się wykluczyć możebność powstawania zmian zapalnych *(neuritis)* w nerwie wzrokowym wywołanych samą sprawą miażdżycową.

Wyjątki te z literatury wskazują w każdym razie, że od czasu ogłoszenia przypadku Joffroy i Acharda jest zwrócona uwaga na poruszony przedmiot.

Opisany przezemnie przypadek, mogący słusznie stanąć obok przypadku Joffroy i Acharda śmiało też może nosić nazwę: *neuritis peripherica origine vasculosa* lub mniej szczęśliwą, ale też dobrze malującą rzecz *neuritis atheromatosa.*

W przypadku tym bowiem, jakem wspomniał, dał się niezaprzeczenie wykazać związek między stopniem zmian miażdżycowych właśnie w tych miejscach, gdzie i klinicznie i następnie mikroskopowo dała się wykazać *neuritis.*

Stósunek ten miażdżycy tętnic do *neuritis* zasługuje zdaniem mojem na większą uwagę niż dotąd, bo jakkolwiek widać rzadko znajdujemy tak wybitne zmiany i w oczy wpa-

[10]) Névrite périphérique d'origine vasculaire. Arch. de médecine experimentale et d'anatomie pathologique. 1889. S. 229.

[11]) Aetiologie und pathologische Anatomie der peripheren Neuritis. Centralbl. für allgemeine Path. und path. Anat. 1893. S. 913.

dające związek jak w przypadku Joffroy i Acharda i moim, to z pewnością w zmianach miażdżycowych należy szukać przyczyny dla wielu postaci *neuralgii*, z jakiemi nieraz mamy do czynienia u ludzi starszych dotkniętych miażdżycą tętnic. Ileż przypadków z własnego doświadczenia przypominam sobie uporczywej rwy kulszowej *(ischias)* u ludzi starszych, dla której żadnej przyczyny wykazać nie można było, bo, że nie *marasmus senilis*, świadczyło o tem zresztą znakomite wejrzenie i odżywienie chorych. Czy nie tu należy szukać przyczyny dla tych bólów w łydkach, jakie u ludzi starszych często stwierdzamy? Sądzę również, że szalone bole, jakie stwierdzamy zwykle, gdy mamy do czynienia z *endarteriitis obliterans*, nietylko w bólu naczyniowym, lecz w równoczesnej a następowej zmianie w nerwach mają swoją przyczynę? Dowodem tego opisany przezemnie przypadek, w którym bóle szalenie się wzmogły, gdy i klinicznie wystąpił obraz *neuritis*.

O ile zmiany w nerwach w podobnych przypadkach, jak przezemnie opisany, pośredniczą w powstawaniu owrzodzeń, jaka część na nie przypada a jaka na zmiany w naczyniach, nie chcę rozstrzygać. Sądzę, że nie są one bez wpływu. Schorzenie w naszym przypadku samej skóry, gojenie się i powtórne rozpadanie, żywo czerwone granulacye na dnie owrzodzenia, usadowienie owrzodzenia na stopie po stronie nerwu więcej zmienionego, brak zajęcia palców, słabe ale wyczuwalne tętno w art. *pediea*, nasuwać muszą z konieczności myśl, że tu obok zmian naczyniowych, coś innego działało t. j. troficzne zaburzenie wskutek zajęcia nerwów.

Pouczające w tym kierunku spostrzeżenie zawdzięczamy w ostatnich czasach publikacyi Pitresa i Sabrazesa[12]). Młody mężczyzna 20 lat liczący, po przemoknięciu dostaje ostrego zapalenia rdzenia w części lędźwiowej, w przebiegu którego występuje gangrena całej stopy i przedudzia aż po kolano. Chory umiera a sekcya obok zmiany w rdzeniu pacierzowym w części lędźwiowej wykazuje zmiany degeneracyjne w częściach obwodowych nerwów na tej kończynie bez wszelkich zboczeń w korzeniach i pniach tych nerwów i bez jakichkolwiek zmian w naczyniach; słusznie też Pitres i Sabrazes kończą swoją publikacyę następującą uwagą: „Fakta stwierdzone popierają zdanie, że zaburzenia odżywcze obwodowe, nawet te, które się rozwijają w przebiegu spraw zapalnych rdzenia pacierzowego, powstają wskutek *neuritis* przypadkowo w przebiegu cierpienia rdzenia pacierzowego powstałej“. Do uwagi tej z naszej strony dodać możemy, że niejedna też zmiana odżywcza, którą dziś uważamy za następstwo zmian naczyniowych, w zmianach nerwów odpowiednich znajduje swoją przyczynę. Niezaprzeczenie bowiem, jak to wyżej podniosłem, zmiany w nerwach zapalne w związku z miażdżycą tętnic występują częściej, niż to dotąd przypuszczamy i od obrazów wydatnych do mniej aż do takich, które za życia mogą się nie ujawniać a więc przebiegać niespostrzeżenie, możemy mieć zupełne przejścia.

Przyjmując, że kacheksye jakąkolwiek drogą powstałe, pociągnąć za sobą mogą *neuritis*, między tymi stanami pomieścić naturalnie musimy i *marasmus senilis*. Nie pociąga to jednak za sobą, aby u każdego człowieka starszego, nie mogąc z dotychczasowych przyczyn wykazać żadnej, uciekać się do obwinienia o to uwiądu starczego, dla którego przecież nie ma granicy wieku i można być człowiekiem starszym bez uwiądu.

U takich ludzi zwróciłbym uwagę na układ naczyniowy a popiera mię w tem wynik badania nerwów, jakie przeprowadziłem na pewnej liczbie ludzi starszych wcale nie marantycznych, dotkniętych jednak wysokiego stopnia rozległą miażdżycą tętnic, zmarłych na chorobę ostrą krótkotrwałą (najczęściej *pneumonia crouposa*), u których, jak preparaty Panom wykazują, znajdujemy w mniejszym wprawdzie stopniu, jednak wybitne podobne zmiany, jak w przypadku opisanym powyżej t. j. zgrubienie *peri* i *endoneurium*, zmiany miażdżycowe naczyń aż do zupełnej ich obliteracyi i zmiany degeneracyjne w włóknach nerwowych. Nie przeczę, że *marasmus*, jak każde inne podkopanie może sprowadzić *neuritis*, jednak obserwacye co dopiero wspomniane w każdym takim przypadku z koniecznością każą uwzględnić i czynnik ważny w tych razach t. j. zmiany miażdżycowe.

Nasuwa się jeszcze jedna uwaga, że mogą zachodzić przypadki, gdzie miażdżyca tętnic tylko pośrednio ułatwiać może działanie innej szkodliwości działającej na nerwy obwodowe. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że zmiany w naczyniach powstają dość często u ludzi nadużywających napoi wyskokowych, dotkniętych *diathesis urica*, u ludzi *cum tabe dorsali* na tle kiłowem, u tych też ludzi często stwierdzamy występującą *neuritis peripherica*.

Nie przesądzając w tych przypadkach znaczenia zmian w naczyniach i przypisując szkodliwości wspólnej t. j. alkoholowi, wytworom nieprawidłowym materyi, kile pełne i pierwszorzędne znaczenie, nie możemy się jednak oprzeć myśli, że w pewnej mierze mogą ułatwiać powstanie zmian w nerwach zmiany w naczyniach, czyli że one nieraz są pierwotne, a zmiany w nerwach następowe i że pod wpływem tych szkodliwości łatwiej przyjdzie do zaburzeń w nerwach obwodowych w tych przypadkach, w których i zmiany w naczyniach powstały.

W każdym razie nie da się zaprzeczyć związek między zmianami w naczyniach a zmianami w nerwach obwodowych, mamy pełne prawo przyjąć *neuritis e origine vasculosa* i to nam może tłomaczyć wiele objawów klinicznych, jakie znajdujemy u ludzi dotkniętych miażdżycą tętnic.

II. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

Przypadek z naszej kliniki, który chcę opisać, zasługuje na baczniejszą uwagę i szczegółowe omówienie z tego względu, że stanowi piękny okaz cierpienia, które znamy przeważnie tylko z opisu, gdyż u nas spotyka się je tylko bardzo rzadko. W innych miejscowościach obfitujących w rozległe kopalnie węgla, zatrudniające setki i tysiące robotników, zboczenie to nie należy bynajmniej do rzadkości; w piśmiennictwie obcem spotkać można liczne wyłącznie temu przedmiotowi poświęcone prace, poparte całymi szeregami odpowiednich przykładów. W protokółach natomiast naszej kli-

[12]) Note sur an cas de gangrene massive de la jambe et du pied gauches. Archiv. de méd. exp. et d'anat. path. 1894. S. 798.

niki nie znalazłem ani jednego podobnego przypadku a prof. Rydel wspominał, że po raz pierwszy w swej długoletniej praktyce ma sposobność widzieć tak wybitny typ tego cierpienia. Mam więc nadzieję, że przedmiot ten zainteresuje może nie tylko specyalistów, ale i praktycznych lekarzy; dlatego też pozwolę sobie trochę obszerniej go traktować.

Józef B., lat 42. liczący, zatrudniony był jako górnik od lat 11 w kopalni węgla w Ostrawie Morawskiej, gdzie pracował przez pierwszych 7 lat po 12 godzin, przez ostatnie 4 lata po 10 godzin dziennie. Pracę swą wykonywać musiał jużto w postawie stojącej, jużteż i to bardzo często leżąc na boku, nieraz przez kilka godzin z rzędu. Do oświetlenia służyła mu zawsze prawie lampka bezpieczeństwa, prawdopodobnie systemu Davy'ego. Nie pamięta, aby kiedykolwiek ciężej chorował; oczy miał zawsze zdrowe i wzrok dobry. Obecne cierpienie trwa już od 8 miesięcy a objawiło się ono po raz pierwszy w ten sposób, że pacyent opuściwszy kopalnię o zmroku zauważył niezwykły jakiś „zamęt w oczach", przyczem doznawał wrażenia, jak gdyby wszystkie przedmioty, zwłaszcza światełka lamp lub w oknach domów wykonywały szybkie, małe, skaczące ruchy. Zboczenie to, ustępując po chwili, ponawiało się odtąd co parę dni, zawsze po ukończeniu roboty w kopalni a zwłaszcza, jeśli był zmuszonym dnia tego dłużej i ciężej pracować. Przypisując objawy te znużeniu fizycznemu nie przywięzywał do nich zrazu wielkiej wagi, aż dopiero gdy coraz częściej i coraz gwałtowniej poczęły występować i w pracy mu przeszkadzać; obecnie bowiem od dłuższego już czasu przypady powyższe pojawiają się tak podczas pracy w kopalni, jak i wieczorem, gdy kopalnię opuści, a oprócz tego trwają dłużej i są wybitniejsze, dokuczają zaś tak choremu, że w chwili napadu musi przerwać robotę. Podczas napadu bowiem staje się on nieporadnym, gdyż wszystko tańczy przed jego oczyma, w przerwach natomiast (najczęściej w dzień i po dłuższym wypoczynku) nic nieprawidłowego nie zauważa, wzrok jak dawniej ma dobry. Podczas napadów otoczenie chorego spostrzegło, że oczy „biegają" mu nienaturalnie. Ponieważ obecnie napady te są bardzo częste, tak że w wysokim stopniu utrudniają mu pracę zawodową, przeto zgłosił się do naszej kliniki.

S t a n o b e c n y. Chory nasz jest mężczyzną dość dobrze zbudowanym, o skąpej jednak podściółce tłuszczowej i cerze bladej, zresztą zdrowym zupełnie. Badanie narządów wewnętrznych, osobliwie zaś układu nerwowego, dokonane najuprzejmiej przez profesora Korczyńskiego, nie wykazuje najmniejszych zboczeń i nieprawidłowości.

Badając przekonywamy się, że części dodatkowe, spojówki, rogówki, tęczówki, źrenice, równie jak środki łamiące i dno oka są zupełnie prawidłowe; wzrok prawidłowy ($V = {}^{6}/_{6}$), niski stopień hypermetropii i presbyopia odpowiadająca wiekowi. Jeżeli chorego obserwujemy w chwili, gdy nie wpatruje się w żaden przedmiot i to tak, żeby o tem nie wiedział, to nie spostrzeżemy nic nadzwyczajnego. Jeżeli jednak każemy mu patrzeć na palec trzymany w odległości jednego metra przed oczyma, to zrazu wpatruje się dobrze, po chwili jednak, po $^{1}/_{4}$ do $^{1}/_{2}$ minuty, oczy zaczynają wykonywać krótkie i szybkie ruchy jużto na boki około osi pionowej, jużto obrotowe. Ruchy te drgające zwiększają się, gdy przesuniemy palec ku górze tak, że chory w tym kierunku musi zwrócić oczy, przeciwnie jeżeli każemy mu patrzeć na palec trzymany mocno ku dołowi, drgań tych wcale nie dostrzegamy. Ruchy występują też i to silne, obrotowe tak, że górny koniec południka pionowego rogówki wychyla się raz na jedną, to na drugą stronę od pionowej, jeżeli trzymamy palec mocno ku prawej lub lewej stronie chorego. Również zwiększają się ekskursye gałek ocznych, gdy chory leżąc, zwłaszcza jeżeli mu głowę unieruchomimy, wpatruje się w sufit. Bardzo szybkimi stają się te ruchy, gdy każemy mu położyć się na bok i wpatrywać się w jakiś przedmiot nieco wyżej umieszczony (pozycya, jaką bardzo często przy pracy w kopalni zajmował). Objawy te wszystkie są wybitniejsze, gdy badamy przy oświetleniu słabem w zaciemnionym pokoju lub o zmroku; zresztą pora dnia nie ma na nie wpływu. Natomiast nieznaczne nawet wzruszenie psychiczne, np. już samaświadomość, iż jest przedmiotem obserwacyi zwiększa tak ekskursye z osobna, jak i szybkość ich. Mogłem to dobrze stwierdzić podczas kilkakrotnego demonstrowania chorego w klinice.

Zboczenia w czuciu światła (*Lichtsinn*) nie ma. Podmiotowo w czasie napadu doznaje chory wrażenia, jak gdyby przedmiot, w który się wpatruje, wykonywał szybkie małe ruchy i to utrudnia mu dokładne widzenie.

Mamy więc do czynienia z przypadkiem *nystagmus* u górnika takim, jak go opisują wszyscy, którzy mieli sposobność większą liczbą podobnych chorych obserwować.

Zanim jednak omówię szczegółowiej ten rodzaj *nystagmus*, niech mi wolno będzie dla dokładności przedstawić w ogólnych zarysach ten objaw, który nosi powyższe miano i zwrócić uwagę na różne jego rodzaje, przyczyny i znaczenie.

Nazwa *nystagmus*, powszechnie dziś przyjęta urobiona jest z greckiego. W przypiskach podręczników spotykamy wyjaśnienie, że pochodzi od wyrazu νυστάζειν, co tłómaczą Niemcy na *nicken*, a ma oznaczać drganie gałek ocznych, *das Augenzittern* [1]). H i r s c h b e r g w wykładzie swym w *Deutscher Sprachverein* [2]), wytykając liczne lekarskie wyrażenia błędnie z języka greckiego przerobione, wystąpił też przeciw nazwie *nystagmus*, dowodząc cytatami, iż wyraz νυσταγμός u autorów takich, jak H i p p o k r a t e s, P l a t o i A r i s t o f a n e s bywa używany w innem znaczeniu, mianowicie w znaczeniu snu a odpowiedni czasownik νυστάζειν zasypiać. Uważając więc za niewłaściwą nazwę *nystagmus* dla określenia objawu, polegającego na szybkiem poruszaniu się ócz, kończy H i r s c h b e r g swe wywody słuszną zresztą uwagą:

„*Der Versuch dem Wort einer todten Sprache eine neue, ganz abweichende, ja geradezu entgegengesetzte Bedeutung zu geben, ist ebenso lächerlich wie vergeblich: den Kennern der Sprache wird das Verständniss genommen, den Nichtkennern aber keineswegs gegeben*". Chociażby jednak lingwista przyznał Hirschbergowi słuszność, to trudno obecnie byłoby kusić się o wyrugowanie tej utartej nazwy, która już nietylko w słownictwie niemieckiem, ale w angielskiem, francuskiem i innych zdobyła sobie prawo obywatelstwa. W naszym języku może najlepiej oddać to przez: drżenie ócz, drgawki ócz, wiercenie oczyma (słownik terminologii lekarskiej polskiej pod kierunkiem Kremera.)

Zobaczmyż teraz, jaki jest ogólny obraz drżenia ócz, bo zaraz na wstępie muszę nadmienić, że w szczegółach swych zboczenie to ulega różnym odmianom, stósownie do tego czy jest cierpieniem samoistnem, jak w naszym przypadku, czy tylko objawem lub następstwem innego cierpienia. Przez drżenie ócz (*nystagmus*) w ogóle rozumiemy krótkie, szybkie, wahadłowe drgania gałek ocznych około jednej

[1]) C o h n. Hygiene des Auges. — F i c k. Lehrbuch der Augenheilkunde. — F u c h s. Handbuch der Augenheilkunde.

[2]) Ueber die Sprache der Aerzte (Deutsch. med. Woch. 1892).

z osi obrotowych oka. Drgania te są od woli nie zależne a więc mimowolne, nie wykluczają jednak i nie przeszkadzają dowolnym, prawidłowym ruchom óczu. Szybkość ich rozmaita, czasem nawet tak znaczna, że z trudnością przychodzi je policzyć. Wychylenia (*amplitudo*) drgań z osobna są też bardzo rozmaite; bywają raz większe, drugi raz mniejsze, jużto stosownie do przypadku, już też nawet w jednym i tym samym różne, zależne, podobnie jak szybkość, od rozmaitych okoliczności. Drgania występują na obu oczach, rzadko tylko na jednem, choć i takie przypadki są znane (Muttenheimer, Jüngken, Zehender, v. Reuss Bouchand). Przy tej sposobności zwrócić muszę uwagę na jeden ważny szczegół: niekiedy *nystagmus* jest wyraźny na jednem oku, na drugiem zaś tak nieznaczny, że pozornie wydaje się, jak gdyby był tylko jednostronnym. Dopiero przy badaniu wziernikiem przekonać się można po ruchu, jaki naczynia siatkówki odbywają, że i to drugie oko nie jest wolne od drżenia. Dwa takie przykłady znachodzimy w rozprawie d'Oencha. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z zakładu higienicznego w Krakowie.

Spostrzeżenia nad zarazkiem błonicy. Wytwarzanie toksyn. Otrzymywanie surowicy przeciwbłoniczej w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

W tym celu przysposabiam bulion z 2% peptonu, zalkalizowany węglanem sodowym (3 części) i potasowym (1 część) w ten sposób, że alkaliczność jest równą 15—20 cm.³ 1/10 normalnego kwasu na 100 cm.³ bulionu. Otrzymany bulion rozlewam do kolb Erlenmeyera o szerokiej szyi, objętości 800—400 cm.³ po 200 cm.³ do każdej kolby. W ten sposób warstwa bulionu w kolbie nie przenosi 2 cm. Następnie z wszelką ostrożnością, w pokoju wolnym od kurzu i po zwilżeniu powierzchni kolby kłębkiem waty zmaczanym w roczczynie sublimatu lub fenolu zaszczepiam cząstkę hodowli na powierzchni płynu w kolbie, starając się, ażeby płatek zaszczepiony nie opadł na dno, co można uskutecznić, unikając wszelkiego poruszania kolby i termostatu w ciągu pierwszych kilku dni. Zaszczepione w ten sposób hodowle stawiam do termostatu w 34—36° C. Już po dwu dniach pojawia się na całej powierzchni hodowli błonka i występuje wydatne grudkowate zmętnienie, po kilku zaś dniach błonka grubieje na powierzchni i stopniowo zaczyna opadać na dno.

Przy pierwszych przeszczepianiach z hodowli agarowej tylko mała część hodowli formuje kożuch na powierzchni.

Po 3—4 tygodniach toksyny są bardzo silne i do użytku zdatne.

Do dalszych przeszczepień najlepiej użyć hodowli z takich właśnie kolb, przenosząc cząstkę błonki na powierzchnię bulionu. W ten sposób hodowla udaje się łatwiej i mocniej na powierzchni rośnie, przez co toksyny prędzej dojrzewają. W zwykłych termostatach, które ulegają wstrząśnieniom przy otwieraniu drzwiczek, hodowle takie udają się trudniej, niż w dużych przestrzeniach ogrzewalnych. W ten sposób otrzymane toksyny zabijają świnkę morską wagi 350—400 grm. w ilości 0·1 w ciągu 24—30 godzin.

Niekiedy toksyny są silne już po upływie 2 tygodni, wówczas mianowicie, gdy warstwa bulionu jest dosyć cienką.

Pod koniec hodowania płyn staje się mocno alkalicznym, zawiera alkalia lotne, przybiera barwę żółtawą z odcieniem roczczynu kwasu pikrynowego, wytwarzają się w nim liczne kryształki fosforanu amonomagnowego, które nieraz w postaci dużych bryłek osiadają na dnie kolby, wydaje słaby zapas indolu, skatolu i metylaminu. Osad na dnie kolby jest kruchy, żółtawy, kłaczkowaty. Nigdy nie jest śluzowy, nie wydaje mocnego zapachu trójmetylaminu ani merkaptanu, co zdarza się tylko wtedy, gdy hodowla jest zanieczyszczoną innemi bakteryami, mianowicie anaerobami.

Zwykle już po 3 tygodniach płyn staje się dosyć przezroczystym i od tej chwili ilość toksyn bardzo nieznacznie się powiększa. Nie mogłem przekonać się o prawdziwości zdania Roux'a, ażeby takie toksyny słabły przy dłuższem staniu wobec dostępu powietrza. Trzeba na to chyba dłuższego czasu, niż wynoszą moje obserwacye. Postarałem się oznaczyć, jaką wagę hodowli mają bakterye osiadające w gęstej masie na dnie kolby. Z 3 obliczeń wypadło mi średnio 0·64% bakteryj wilgotnych, 0·15% zaś wysuszonych nad kwasem siarkowym.

Uodpornienie zwierząt.

Toksyny w powyższy sposób otrzymane Roux przesącza przez filtr glinkowy. Idąc za przykładem Behringa zwykle postępujemy inaczej. Dodajemy mianowicie do hodowli 0·5 fenolu i stawiamy w zatkanych butelkach do ustania. Po 1—2 tygodniach klarowny płyn może służyć do immunizacyi. Płyn nie traci przytem nic na jadowitości.

Siła toksyn otrzymywanych w sposób powyższy z hodowli bakteryj błoniczych została przezemnie określoną na kilkudziesięciu świnkach morskich i królikach. Świnki wagi 350—400 grm. ginęły pod działaniem 0·1 cm.³ po 24—36 godzinach, niekiedy wystarczało do tego 0·05 cm.³. Króliki wagi 1500—3000 grm. ginęły po 36—48 godzinach pod działaniem 0·3 cm.³

Siła toksyn otrzymanych z tej samej hodowli w jednakich okolicznościach w ogólności była jednakową i jak widzimy, bardzo znaczną. Tylko gdy ilość płynu w kolbie była za duża, czyli warstwa za gruba a skutkiem tego dostęp tlenu do całej masy hodowli utrudniony, hodowla była mniej jadowitą.

Toksyny bardzo jadowite zabijają zwierzę prawie bez objawów reakcyi miejscowej. Toksyny słabsze lub w mniejszej dawce użyte wywołują większy lub mniejszy obrzęk w miejscu szczepienia.

Przy uodpornieniu zwierząt nie używałem ani według Roux'a mięszaniny toksyny z nastojem jodowym, ani też ogrzewanych hodowli, ani nie dodawałem trójchlorku jodu za radą Behringa.

Konie znoszą bardzo dobrze dawkę 1—5 cm.³ silnych toksyn. Pierwiastkowo mając toksyny znacznie słabsze w Krakowie i Warszawie, używałem ich w większej ilości, obliczając pierwsze dawki na 1—3 cm.³ toksyn normalnych, t. j. takich, których 0·1 zabija świnkę niemniej, jak w 48 godzinach bez obrzęku.

Godną uwagi jest rzecz, iż surowica koni nieszczepionych posiada dosyć znaczną siłę immunizacyjną. W 1 przypadku 1 cent. surowicy zobojętnił zupełnie silną, śmiertelną dawkę, która nie wywołała nawet obrzęku (kontrolna padła po 40 godzinach). Ta sama surowica w ilości 0·1 wstrzyknięta z taka samą dawką toksyn wywołała tylko rozlany obrzęk zakończony strupem; zwierzę również pozostało przy życiu.

Rachując według antytoksyny normalnej byłaby to surowica o $^1/_{10}$ siły normalnej. W innym przypadku surowica naszego konia zobojętniała całkowicie w ilości 0·1 także dawkę toksyn, nie sprawiwszy nawet obrzęku. Możnaby ją więc uważać za odpowiadającą normalnej.

Kwestya, w jaki sposób należy obliczać wartość surowicy i toksyn użytych do immunizacyi, jest o tyle ważną, że bez dokładnej znajomości jednej i drugiej nie możemy ocenić wartości immunizującej i leczniczej danej surowicy.

W ostatnich czasach przedstawił ją wyczerpująco Janowski[6]); to też w tej chwili tylko w ogólnych zarysach opiszę sposoby, których się w tym celu używa.

Roux określa siłę surowicy obliczając stósunek, jaki zachodzi pomiędzy ilością wstrzykniętej surowicy a wagą zwierzęcia przy stałej ilości świeżej hodowli bulionowej bakteryj błoniczych zabijających świnkę po 48 godzinach.

Jeżeli np. 1 cm.^{3} jednodniowej hodowli wstrzyknięty śwince wagi 400 grm. z 0·008 cm.^{3} surowicy nie sprawia zachorowania, oznacza to, że surowica chroni świnkę w ilości $\frac{1}{50000}$ w stósunku do wagi świnki, czyli że jej siła $= \frac{1}{50000}$.

Jest to metoda francuska. Metoda niemiecka, której przedstawicielami są Behring i Ehrlich, określa siłę surowicy według ilości jej, która zobojętnia stałą ilość toksyny błoniczej otrzymanej przez zabicie lub odsączenie bakteryj. Przytem za normalną surowicę przyjmują B. i E. taką, która zastrzyknięta w ilości 0·1 znosi działanie 10 normalnej dawki jadu. Taka dziesięcio normalna dawka jest ilością różną, zależną od siły toksyn. Zwykle równa się ona 0·1—0·2 silnych toksyn. Dawka taka zabija świnkę wagi 500 grm. w 30—48 godzin. Jeden centymetr sześcienny surowicy normalnej przedstawia według B. i E. jednostkę immunizacyjną.

Jeżeli więc 0·002 cm.^{3} danej surowicy znosi działanie 0·2 cm.^{3} jadu u świnki wagi 500 grm., to siła takiej surowicy $= \frac{1 \times 0{\cdot}1}{0{\cdot}002} = 50$ czyli 1 cm.^{3} takiej surowicy zawiera 50 jednostek.

Z uwagi na okoliczność, że świeża hodowla bakteryj błoniczych nie posiada stałej jadowitości, która zależy od ciepłoty, alkaliczności płynu i grubości warstwy hodowlanej, w pierwszych swoich obrachowaniach połączyłem obie te metody, obliczając wartości surowicy według wagi zwierzęcia przy użyciu 1 cm.^{3} toksyn takiej siły, że 0.2 tych toksyn zabija każdą świnkę już w ciągu 36—48 godzin bez objawów reakcyjnych. Ilość toksyn przezemnie używanych, przewyższa zatem około 5 razy 10-krotną dawkę Behringa. Rachując w ten sposób, przyjmowałem za surowicę normalną tę, której za podstawę do obliczeń używa Behring, t. j. taką, jaka w ilości 1 cm. chroni 5000 świnki. Jeżeli przeto do uchronienia świnki morskiej potrzeba nam 0.01 cm^3. jakiejś surowicy, siłę jej możnaby określić jako $\frac{1}{50000}$ i jeżeli 0.001 cm.^{3}, siła jej będzie $\frac{1}{100000}$.

Obliczenia te nie mają wartości bezwzględnych, gdyż wchodzą tu w grę ilości nieznane, mianowicie wartość toksyn, która zawsze może być zmienną u różnych badaczy. Przy tych obliczeniach możemy jednak otrzymać bardzo dobre wyniki porównawcze, wprowadzając jakikolwiek czynnik znany, mianowicie surowicę znanej siły.

Przy pierwszych swoich doświadczeniach, nie znając dokładnie wartości t. zw. normalnej dawki, która właściwie ma oznaczać tylko dawkę śmiertelną po 30—40 godzinach, określałem wartość surowicy biorąc pod uwagę: 1) jakość i wielkość obrzęku w miejscu szczepienia u świnki morskiej po 2 do 3 dniach, 2) czas od chwili szczepienia do śmierci zwierzęcia.

Zwykle jeżeli toksyny działają silnie, to po upływie 24—48 godzin zwierzę pada prawie bez żadnych objawów reakcyjnych w miejscu szczepienia. Jeżeli toksyny są słabsze, lub w mniejszej ilości użyte, albo też jeżeli odporność zwierzęcia jest większa, po zastrzyknięciu powstaje w miejscu szczepienia większy lub mniejszy obrzęk, który w końcu drugiej doby jest zwykle miękkim i rozlanym, w końcu 3-ej zaczyna twardnieć. To samo dzieje się przy zastrzyknięciu toksyn z pewną ilością surowicy. Mogą tu zachodzić cztery okoliczności.

1) Zwierzę po zastrzyknięciu pewnej dawki surowicy zmięszanej z 10-krotną śmiertelną dawką toksyn pada po upływie 30—48 godzin bez objawów obrzęku w miejscu szczepienia. Oznacza to, że ilość surowicy była zupełnie nie wystarczającą.

2) Zwierzę zostaje przy życiu dłużej, tworzy się obrzęk bardzo wielki, który nieraz zajmuje prawie połowę brzucha, zwierzę ginie po kilku lub kilkunastu dniach. Oznacza to ilość surowicy niedostateczną, ale bliska ochronnej.

3) Zwierzę dostaje w miejscu szczepienia obrzęku, który przestaje się rozszerzać i zaczyna twardnieć po 3 dniach. Po 10 dniach odpada suchy martwiak skóry mniejszy lub większy. Tutaj mamy dawkę surowicy chroniącą od śmierci.

4) Zwierzę nie dostaje wcale obrzęku lub tylko bardzo drobnego, który po kilku dniach nie zostawiając strupa, znika; jest to dawka wystarczająca do zupełnego zobojętnienia toksyn i tę dawkę przyjmuje Behring przy obliczaniu siły surowicy.

Jeżeli chodzi o oznaczenie względne wartości surowicy, to wystarcza do pewnego stopnia przy użyciu zwierząt jednakowej wagi porównać objawy reakcyjne, czyli wielkość powstającego obrzęku przy stósowaniu jednakowych ilości surowicy. W tym celu nie można poprzestawać na jednem doświadczeniu, ale trzeba wykonać kilka, biorąc coraz większe ilości surowicy, np. $^1/_{50}$, $^1/_{100}$, $^1/_{200}$ cm^3. Sposób ten pozwala na względnie dosyć dokładne oznaczenie. Koniecznem jest jednak zastósować tutaj, o ile można, bliską wagę świnek morskich. Najlepsze są zwierzęta około 400—450 gramów wagi. Poniżej 300 i powyżej 500 wyniki są w ogóle mniej jednostajne. W ogólności nie powinno się używać zwierząt o ciężarze mniejszym od 300 grm., gdyż te są zbyt czułe na działanie toksyn.

Z doświadczeń kilkakrotnie wykonanych mogłem się przekonać: 1) że surowica Behringa Nr. 1 i 2, surowica Roux'a oraz ta, którą otrzymałem w Krakowie z jednego

6) Nr. 3 i 4 *Gaz. lekarskiej* oraz w odczytach klinicznych.

z koni immunizowanych (wałach), wywoływały prawie jednakową, niezbyt znaczną wielkość obrzęku przy dawce toksyn 1 cm.^{3} oraz równocześnie wstrzykniętej ilości surowicy w ilości $^1/_{300}$ i $^1/_{250}$ cm.^{3} oraz że przy dawce [illegible] cm.^{3} wszystkie świnki w jednym czasie padają (po 24—30 godzinach, dawka niewystarczająca do uchronienia od śmierci). Surowica Aronsona dała obrzęk bardzo znaczny, zwierzę wyraźnie chorowało przy dawce $^1/_{250}$, przy dawce zaś $^1/_{500}$ zwierzęta padały po 24 godzinach. Surowica drugiego z immunizowanych koni w moim zakładzie dawała obrzęk większy od obrzęku przy surowicy Behringa, lecz mniejszy od tego, który występuje przy surowicy Aronsona. Ztąd można wnosić, że surowica Behringa, Roux'a i jednego z moich koni posiadała wartość mniej więcej jednakową, surowica drugiego z moich koni była słabszą; surowica zaś Aronsona była najsłabszą. Najsilniejszą okazywała się tylko surowica Behringa Nr. 2, która w dawce $^1/_{400}$ cm.^{3} chroniła zwierzę od śmierci przy nieznacznym obrzęku. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas od otwarcia oddziału, t. j. od 7. Czerwca do końca 1894 r.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell., praktykant oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Wspominając o *perichondritis*, muszę zatrzymać się nieco dłużej nad jednym przypadkiem, który w sprawozdaniu umieściłem jako *sarcoma laryngis* ze względu, iż zmiana nowotworowa przez długi przeciąg czasu wikłała się z objawami ostrego zapalenia ochrzęstnej chrząstki tarczykowej nie dozwalając myśleć o sprawie nowotworowej. Przypadek ten dotyczy mężczyzny Jana Wojtowicza, lat 53 liczącego, wyrobnika z Dąbrowy. U chorego tego przyjętego dnia 2. Sierpnia 1894 r. znaleziono znaczne obrzmienie o zabarwieniu żywo czerwonem, powierzchni gładkiej, zajmujące chrząstkę nalewkową lewą i całą połowę lewą krtani, ruchomość tej strony krtani zniesiona, przyczem było tak znaczne zwężenie, że już następnego dnia potrzeba było wykonać tracheotomię. Wspomniane obrzmienie nie zmniejszało się wcale, owszem przeszło na zewnątrz płyty tarczykowej, zajmując też zatokę gruszkowatą lewą. Tu 2. Września nastąpiło samoistne otwarcie się ropnia a dnia 10. Września podobne przebicie się ropnia na wewnątrz obrzęku odpowiednio wysokości prawdziwej szpary głosowej. Ropienie w tych dwóch miejscach utrzymywało się stale; dnia 17. Września, ze względu, iż błona śluzowa ponad szczytem obrzmiałej chrząstki nalewkowej lewej znacznie była napięta i przypuszczać wypadło obecność ropnia w tem miejscu, zrobiono nakłucie. Zaraz po nakłuciu ropa nie pokazała się, dopiero w kilka dni później zaczęło się w tem miejscu obfite ropienie, niemniej z okolicy popodwiązadłowej lewej, co badaniem nadto od dołu lusterkiem Czermaka dokładnie obserwować było można. Ropienie w *sinus pyriformis* ustało zupełnie. Dnia 7. Października ustało również ropienie ze szczytu chrząstki nalewkowej lewej, utrzymując się nadal popod więzadłem lewem, dostrzeżono jednak znaczne zwiększenie się obrzmienia chrząstki nalewkowej lewej. Dnia 11. Października już obrzęk ten był tak wielki, iż chrząstka nalewkowa lewa jako guz wielkości jaja gołębiego przechyliła się na wewnątrz, zakrywając całe wejście do krtani, co obudziło podejrzenie sprawy nowotworowej. Na guzie częściowo żywo czerwono zabarwionym, częściowo wodniste obrzmienie okazującym, spostrzeżono od strony przełyku dwa miejsca bardziej wyniosłe, które gdy się do dnia następnego jeszcze bardziej zwiększyły, nacięto każdy z osobna; ropa po nacięciu nie pokazała się w miejscach nakłucia, jednak już w kilka dni później spostrzeżono bujanie tkanki ziarnistej tak szybkie, iż rozpoznanie sprawy nowotworowej i to mięsaka nie ulegało żadnej wątpliwości, co badanie mikroskopowe w zupełności potwierdziło (*Sarcoma globo-cellulare*). O dalszych losach tego chorego to tylko wspomnieć mogę, iż prof. Obaliński wykonał u niego 2. Listopada wyłuszczenie krtani połowicze; 3. Grudnia przekonano się o nowem bujaniu mas nowotworowych z części miękkich strony lewej, które po rozszerzeniu rany tracheotomijnej usunięto ku górze. Niestety z powodu powtórnego powrotu nowotworu musiano 3. Stycznia 1895. przystąpić do ponownego zabiegu, w którym prof. Obaliński usunął resztę krtani a w jakiś czas później wykonał prof. Pieniążek operacyę plastyczną w celu oddzielenia tchawicy od powstałej w górze jamy. 15. Lutego jednak spostrzeżono ponowny rozwój nowotworu ze ściany tylnej i lewej na wysokości krtani. O dalszych zabiegach nie było już mowy, nowotwór powiększył się znacznie, każdego dnia spodziewać się należy potrzeby wykonania ezofagotomii zewnętrznej, gdy odżywianie zgłębnikiem przez jamę ust stanie się niemożliwem.

W jednym z przypadków zwężenia krtani z powodu gruźlicy występującej pod postacią t. zw. *pachydermia tuberculosa* zajmującej jedynie wnętrze krtani, wykonano po tracheotomii laryngofisurę z usunięciem części zajętych; badanie mikroskopowe wykazało zmiany gruźlicze. Wynik po operacyi był bardzo dobry, chorą dekaniulowano, w 2 miesiące jednak później zgłosiła się chora ponownie z objawami zwężenia krtani. Przekonano się o zrośnięciu więzadeł prawdziwych, przechodzących przez przednią połowę szpary głosowej, które gdy na drodze endolaryngealnej usunąć się nie dało, musiano wykonać ponowną laryngofisurę. Dla uniknięcia powtórnego zrostu, przez dłuższy czas stosowano czopki cynowe Schröttera, następnie czopki Thosta a gdy już obawa zrostu ustąpiła a otwór głośni był dostatecznie szeroki, usunięto kaniulę a brzegi otworu tchawicznego po okrwawieniu złączono szwami.

W jednym przypadku zwężenia krtani z powodu blizn po kile, gdzie już kilkakrotnie podjęta laryngofisura z wycięciem blizn nie doprowadziła do celu, wykonano ją ponownie i założono rurkę metalową giętką, zaszywając ponad nią brzegi rany powstałej przez laryngofisurę jak niemniej brzegi otworu tracheotomijnego. Rurkę wspomnianą długości 15 cm., która górnym swem końcem na kształt tubusu opierała się w zatoce Morgagniego, dolnem zaś sięgała w głąb tchawicy, pozostawiono przez kilka tygodni. Wynik tego sposobu pomysłu prof. Pieniążka w przypadku wspomnianym był świetny. Po usunięciu rurki, mieliśmy sposobność przez długi czas obserwować chorą, mogąc się przekonać o stałem usunięciu zwężenia. Niedawno przedstawiła nam się chora w zupełnie dobrym stanie.

Drugi przypadek zwężenia krtani w następstwie zmian kiłowych usunięto również na drodze krwawej, przypadek ten jednak ze względu na obecność obcego ciała w oskrzelu prawym zasługuje na obszerniejszą wzmiankę. Tyczy się on chorej M. K., lat 35 liczącej, u której jeszcze w klinice ś. p. prof. Bryka z powodu zwężenia krtani kiłowego wykonano tracheotomię. Przed dwoma laty, chorej tej, gdy szpilką podwójną chciała oczyścić sobie kaniulę, ta wyśliznęła się jej z palców i wpadła w głąb tchawicy. Już wtedy, zaraz po tam zdarzeniu, prof. Pieniążek chciał przystąpić do wydobycia tej szpilki, na co jednak chora zgodzić się nie chciała. Tak minęło lat dwa, aż znowu zgłosiła się ta chora do prof. Pieniążka, podając, że jeszcze jedna szpilka podwójna przy podobnem użyciu jak pierwszym razem wpadła jej do tchawicy. Obecnie zgodziła się już chora na pozostanie w szpitalu; pomijając laryngofisurę wykonaną celem usunięcia zwężenia krtani z wynikiem dobrym, wrócę do ciał

obcych. Wziernikowanie tchawicy i oskrzeli w pozycyi chorej siedzącej nie dało nam możności spostrzeżenia szpilki; o obecności jej zresztą przekonani z powodu obfitej wydzieliny ropiastej z oskrzeli i bólów, na jakie się chora po stronie prawej w okolicy sutka i dolnego końca łopatki skarżyła, w uśpieniu chorej przy zwieszonej głowie przystąpiliśmy do wydobycia szpilki. Obecnie wziernikiem można było na ścianie oskrzela prawego zobaczyć jakby czarną nitkę, co by górnemu końcowi szpilki podwójnej odpowiadać mogło. Szczypczykami schwycono tę nitkę i wydobyto na zewnątrz szpilkę; widziana więc czarna nitka w oskrzelu prawym, była górnym końcem szpilki. Założono wziernik ponownie, drugiej jednak szpilki zobaczyć nie było można, jak niemniej usiłowane wydobycie pod kontrolą czucia pozostało bezowocne. Wspomniane objawy jak bóle, obfita wydzielina zmniejszyły się tylko częściowo, nie można więc było wątpić o obecności drugiej szpilki. Po upływie kilku tygodni znowu w uśpieniu chorej przystąpiono do szukania szpilki a chociaż można ją było wyczuć w głębi oskrzela, przecież wydobycie okazało się niemożebne; prawdopodobnie szpilka wbiwszy się w tkaninę, była o jej mostek zahaczona. Usiłowanie wydobycia szpilki powtórzono jeszcze raz, znowu bez skutku. Chora z otworem tchawicznym opuściła szpital, bez kaniuli jednak; plastyki nie wykonano, gdyż szpara głośni sztucznie wytworzona lubo dostatecznie szeroka przy spokojnem zachowaniu się chorej, przecież do ciężkiej pracy byłaby zbyt wąska.

Przypadek włókniaka krtani znacznych rozmiarów (O. K., lat 72), usadowionego na szerokiej podstawie na więzadle prawdziwem lewem, dostał się do nas po tracheotomii jeszcze przed laty trzema wykonanej; z powodu podeszłego wieku chorego, prof. Pieniążek nie zdecydował się na laryngofisurę, lecz wyjął guz w kilku posiedzeniach odcinając po kawałku podwójną kuretą, poczem uwolniono chorego od kaniuli.

W przypadku zwężenia krtani po błonicy wykonano u chłopczyka 4-letniego L. G. laryngofisurę wycinając modzelowatą tkankę na ścianach bocznych a nadto łyżeczką usunięto blizny w przestworze międzynalewkowej tak, że już w 2 tygodnie później można było usunąć kaniulę, którą chory nosił od dwóch lat. Później jednak z powodu wytwarzania się zwężenia bliznowatego w przednim kącie, musiano założyć tubus O'Dwyera, którego chory nosił już dłuższy czas. Po pewnym czasie dostał on kokluszu a następnie zapalenia płuc i usunął się od obserwacyi.

Przypadek raka migdałka przeniesiono na oddział chirurgiczny.

Przypadek *fibro-sarcoma* jamy noso-gardłowej przyjęty w ostatnich dniach Grudnia, zostawiamy sobie do przyszłego sprawozdania za rok 1895. (Dokończenie nastąpi).

Medycyna sądowa.

Friedemann. **Otrucie nasieniem bieluniu** *(datura stramonium).*

Dziewczyna 9-letnia doznała po spożyciu darowanego sobie owocu, bolów w nogach, wzrok jej stał się niepewnym, wystąpiła nieprzytomność. Podano środek wymiotny przyczem wyszły z żołądka małe, brązowe nasiona. Mimo to objawy nie ustąpiły. Z powodu znacznego rozszerzenia źrenic braku oddziaływania ich na światło, szybkiego tętna (140) przy prawidłowej ciepłocie ciała i z powodu lęku wywołanego hallucynacyami rozpoznano w klinice Heubnera otrucie atropiną. Po podaniu olejku rącznikowego dostrzeżono w stolcu liczne nasiona bieluniu. Dziewczyna wyzdrowiała. Autor zastanawia się nad różnicami obrazów zatrucia kokainą, atropiną i ptomato-atropiną, poczem zwraca uwagę na znaczenie bieluniu, którego używają zbrodniarze celem ubezwładnienia, omamienia ofiary (przypomina się tu podobny przypadek opisany przez prof. Blumenstoka), celem podniecenia popędu płciowego, wreszcie przez lekarzy w formie cygar przeciw zadyszce (*asthma*).

W celach dyagnostyczno-sądowych zaleca autor w tych przypadkach zapuścić mocz otrutego kotu do worka spojówkowego. Ponieważ głównym składnikiem bieluniu jest atropina, która wkrótce po użyciu wydziela się moczem w stanie niezmienionym, przeto nastąpi u kota rozszerzenie się źrenicy nawet w rozcieńczeniu 1:130,000 moczu. Ani kokaina ani ptomato-atropina, nie są w stanie zadziałać w ten sposób. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte* 1891. Nr. 1).

Wachholz.

Chirurgia.

L. Kryński: **O przenoszeniu czynności mięśni w celach leczniczych.**

Dotychczas używane, przeważnie ortopedyczne sposoby leczenia skrzywień stopy i innych zmian w kończynach na tle porażeń mają tę wadę, iż wymagają długiego czasu, często dość kosztownych przyrządów i niezawsze dają zadowalniające wyniki lecznicze. W obec tego znaczny postęp w lecznictwie tych spraw chorobowych stanowi myśl przenoszenia czynności mięśni porażonych na zdrowe, mające analogiczne z niemi działanie, zapomocą przeszczepienia dolnej części ścięgna mięśnia niedziałającego do brzuśćca odpowiedniego mięśnia zdrowego. Operowane w taki sposób przypadki różnych zmian wskutek porażeń na stopie (*pes varus, paralyticus, valgus, equinus* i t. d.) i ręce dały kilku chirurgom (Nicoladoni, Hacker, Drobnik, Winkelmann) bardzo korzystne wyniki i to stósunkowo w krótkim czasie. Autor rozszerza wskazania do przeszczepiania ścięgien mięśni przedewszystkiem na przypadki pochodzenia urazowego, gdzie wskutek przecięcia ścięgien jednego lub kilku mięśni nastąpiło zniesienie lub ograniczenie czynności kończyny. W jednym przypadku tego rodzaju, który operował autor w klinice chirurgicznej krakowskiej, ażeby zastąpić czynność obydwóch mięśni zginaczów palca środkowego dłoni, przeciętych w samym jej środku, przyszył on ścięgno powierzchowne tego palca do rozszczepionego końca takiegoż zginacza palca drugiego, ścięgno zaś głębokiego zginacza do odpreparowanego podobnież takiego zginacza palca czwartego. Wynik czynnościowy po zagojeniu się rany był bardzo dobry. (*Medycyna* 15. 1894.) *R.*

Choroby zakaźne.

E. Ehlers: **Kiła i porażenie ogólne postępowe w Islandyi.**

Autor przekonał się o prawdziwości twierdzenia, iż kiła w Islandyi trafia się nadzwyczaj rzadko, a przyczyny tego dopatruje się nie w czystości obyczajów, ale znacznem odosobnieniu wyspy i rzadkiem po niej rozsiedleniu się ludności. Małe, familijne ogniska zakaźne trafiają się jednak na pewno, osobliwie na brzegach wyspy, zawdzięczając swe powstanie obcym ludziom, mianowicie marynarzom. Otóż uwagi godną jest rzeczą, że w Islandyi prawie całkiem nie spostrzega się porażenia ogólnego postępowego a nieliczne bardzo przypadki tej choroby widział autor tylko u tych osób, które kiłę albo na pewno albo przynajmniej z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem przebyły. Jestto nowym dowodem związku etyologicznego między kiłą a porażeniem postępowem ógólnem. (*Annales de dermatologie et syphilis.* 12. 1894). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

47. M. Angelesco: O temperaturze podczas narkozy eterem. Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego podał autor spostrzeżenia nad zachowaniem się temperatury ciała podczas narkozy eterem. Wynika z nich, że:

a) temperatura ciała spada podczas całej narkozy eterem a spadek ten wynosi w pierwszym kwadransie od 0·7 do 1·0°, w drugim od 0·1 do 0·5°,

b) podczas głębokiego snu w narkozie wynosi ten spadek temperatury od 0·1 do 0·3°,

c) za obudzeniem się podnosi się powoli temperatura i dochodzi do prawidła,

d) narkoza chloroformowa obniża również temperaturę ciała, jednak nie tak znacznie, jak narkoza eterem.

Przyczyny tego obniżania się temperatury w narkozie dopatruje się autor w odsłonięciu znacznych obrazów skóry, spokoju, nieruchomości i zmniejszeniu się wsysania tlenu. Okoliczność zaś, iż obniżenie się temperatury jest większe za użyciem eteru, niż chloroformu, wywodzi autor ztąd, iż eter wywołuje rozszerzenie naczyń a przeto powiększa utratę ciepła, chloroform zaś przeciwnie naczynia zwęża. (*Gazette médicale de Paris.* 50. 1894.)

48. Roger i Marmorek: O surowicy przeciwpaciorkowcowej (*serum antistreptococcicum*). Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego podał Roger wiadomość o zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej z bardzo pomyślnym skutkiem w dwóch przypadkach gorączki połogowej. W drugim n. p. przypadku rozchodzi się o kobietę, która zległa 18. Lutego w swojem mieszkaniu. Zaraz na drugi dzień pojawiła się gorączka, która w dniu 22. Lutego, t. j. w dniu przyjęcia położnicy do *Maternite*, doszła do 39°. Rano 23. t. m. było 38·4, odchody brudne, cuchnące. Wstrzyknięto 26 cm.³ surowicy przerzeczonej. Wieczorem doszła temperatura do 39°; wstrzyknięto znów 20 cm.³. 24. t. m. chora czuła się lepiej a po dwóch jeszcze wstrzyknięciach, za każdym razem po 20 cm.³, spadła temperatura do prawidła, odchody straciły woń cuchnącą i chora wyzdrowiała.

Z podobnym również bardzo pomyślnym skutkiem użył Roger 5 cm.³ surowicy, o której mowa, u noworodka mającego 3 tygodnie a cierpiącego na różę w twarzy. Zaraz na drugi dzień nastała poprawa a w 4 dni noworodek wyzdrowiał zupełnie. Spostrzeżenie to tem bardziej zasługuje na uwagę, iż róża u noworodków prawie zawsze, jak wiadomo, kończy się śmiercią.

Nakoniec z szczęśliwym także skutkiem użył autor surowicy przeciwpaciorkowcowej w przypadku zapalenia gardła z błonami wrzekomemi i paciorkowcami, w którym temperatura dochodziła do 41·3°, tętno do 148, było słabe i nieregularne, w którym po wstrzyknięciu raz 60, drugi raz 30 cm.³ w 36 godzin po pierwszem wstrzyknięciu temperatura zeszła do 38·3 a w 24 godzin potem stała się całkiem prawidłową.

Marmorek leczył w oddziale Chantemessa 46 przypadków róży wstrzyknięciami surowicy krwi osła uodpornionego hodowlą nadzwyczaj jadowitą paciorkowców. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. Dawka z początku wynosiła 10 cm.³. (*La Semaine médiciale.* 3. Kwietnia 1895.

49. Gaylord: Zastósowanie formaliny do leczenia szankrów. Autor zaleca formalinę w celu rychłego zagojenia szankrów i ropiejących dymienic. Roztwór 40% nie sprawia większych bólów, niż roztwór 10% a jest odeń o wiele skuteczniejszy. Niektórzy jednak chorzy nie znoszą roztworów tak mocnych i u nich najlepiej użyć roztworu tylko ½%, którego także trzeba wyłącznie używać w razie większych ran. (*Medical News.* 27. Października 1894).

50. Fournier przeciw świerzbowi poleca obmywanie płynem: *Glycerini* 200·00, *gummi tragacanthae* 5·00, *florr. sulfuris* 100, *kalii carbonici* 35·00, *trae menthae piperitae, trae lavandulae, trae cinnamomi et trae caryophyllorum aa* 1·50.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Kwietnia 1895 r.

— W dniu 17. b. m. i r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lek. krakowskiego, na którem kol. Beck mówił o powstawaniu urobiliny. W dyskusyi przemawiali koll. Cercha i prelegent.

— Rada zdrowia krajowa odbyła w dniu 10. b. m. z udziałem delegatów Izb lekarskich, prof. Dra Jakubowskiego z Krakowa i Dra Wysockiego ze Złoczowa posiedzenie, na którem zajmowano się: 1) sprawą założenia kas wsparcia, ewentualnie funduszów emerytalnych przy Izbach lekarskich, 2) sprawą utworzenia okręgów sanitarnych w Magierowie w powiecie rawskim i Podkamieniu w powiecie brodzkim, 3) sprawą założenia apteki w Półwsiu zwierzynieckiem pod Krakowem, 4) sprawą garbarni w Ludwinowie i 5) sprawą ulepszeń w zdrojowisku krynickiem. Co do Krynicy, oświadczono się za rozszerzeniem łazienek na kąpiele mineralne i borowinowe, za użyciem wody słodkiej do mycia wanien, za przesklepieniem zbiornika na wodę mineralną, za urządzeniem w jednem skrzydle łazienek kąpieli 3. klasy po cenach niższych, za zmianą sposobu wylewania borowiny i urządzeniem osadnika, za zbadaniem, czyby do napełniania butelek wodą mineralną nie użyć zamiast teraźniejszego sposobu Hecnta metody Freseniusa lub metody używanej w Giesshübl.

— Rada miasta Krakowa uchwaliła na posiedzeniu w dniu 10. b. m. 12000 złr. na badanie wód gruntowych pod Bielanami i w zagłębiu cholerzyńskiem w celu wodociągowym.

— Na mocy uchwały walnego zgromadzenia Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze został redaktorem *Časopisu lekarův českých* Docent Dr. Pešina.

— Warszawskie pisma codzienne donoszą, że sprawa urzeczywistnienia projektu kąpieli natryskowych dla ubogiej ludności w Warszawie zbliża się nareszcie ku końcowi. Tamtejsze Towarzystwo dobroczynności znalazło sposób pogodzenia życzeń komitetu ze swą ustawą, zapewniając pewną pomoc pieniężną dla środka tak ważnego pod względem zdrowia, jakim są kąpiele ludowe. Fundusz w kwocie 30000 rubli jest pewny. Komitet budowy łaźni ludowych w ostatnich czasach zreorganizował się i wzmocnił stósownie przez przystąpienie wielu osób. Prezesem komitetu jest profesor Baranowski, sekretarzem zaś adwokat przysięgły Holewiński. Komitet budowy składa się z panów Adama Popławskiego jako przewodniczącego i techników Ciechockiego, Goldberga i Sokala.

— *Medycyna* donosi, że wkrótce rozpocznie się w Skierniewicach budowa stałego szpitala powiatowego o 30 łóżkach.

— W warszawskiem Towarzystwie lekarskiem powstał projekt utworzenia stałej posady stenografa, którym według słusznego całkiem zdania komitetu, powinien być koniecznie lekarz. Przypominamy sobie, że w dawniejszych czasach i w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem spisywał protokóły posiedzeń lekarz-stenograf.

— Zarząd zakładu wodoleczniczego w Czarnieckiej Górze pod Niekłaniem, w gub. radomskiej (Król. Polskie) zawiadamia, iż od 3 lat zakład ten, znany dawniej pod nazwą Niekłań przeniesiony został do Czarnieckiej Góry, miejscowości uznanej za najodpowiedniejszą a położonej wśród lasów koneckich, hr. J. Tarnowskiego własnością będących. W roku bieżącym kierownikiem zakładu będzie, jak dotychczas Dr. M. Misiewicz (dawniej w Łodzi), obecnie w Warszawie zamieszkały.

— Rada miasta Paryża postanowiła utworzyć w miejskiej pracowni bakteryologicznej osobny oddział do badania na żądanie lekarzy przypadków błonicy i wyznaczyła na to 10.000 franków.

— Na podstawie regulaminu przemysłowego ułożyło pruskie ministerstwo projekt taks za czynności lekarskie, obowiązujący w sporach w ten sposób, iż najniższe pozycye tyczą się biednych i funduszów publicznych i dobroczynnych, wyższe zaś stósują się do natury danego przypadku, zachodzących w nim szczególnych trudności, tudzież do stanu majątkowego strony obowiązanej do płacenia za czynności lekarskie. Dla przykładu wyjmujemy z owego projektu następujące szczegóły, dodając, iż ceny rozumieją się oczywiście w markach niemieckich: pierwsza wizyta u chorego od 2 do 20, każda następna w przebiegu tejże samej choroby od 1 do 6, pierwsza porada w mieszkaniu lekarza od 1 do 10, następna w tej samej chorobie od 1 do 5. Za przebywanie u chorego dłużej niż godzinę należy się za każde zaczęte ½ godziny od 1·50 do 3, za odwiedzenie chorego między godz. 9. wieczorem a 7. rano kwota podwójna lub potrójna. Za naradę lekarską za dnia każdemu lekarzowi od 5 do 30, w nocy dwa razy tyle. Za sekcyę na żądanie rodziny od 10 do 30. Za otwarcie ropnia płytkiego lub rozszerzenie rany od 2 do 10, za otwarcie ropnia głębokiego od 10 do 50. Za resekcyę stawu od 30 do 300, za tracheotomią od 20 do 200, za irydektomią od 20 do 150, za operacyę zaćmy lub jaskry od 50 do 300, za pomoc przy porodzie siłami natury od 6 do 20, za cięcie cesarskie na osobie żywej od 50 do 500, na zmarłej od 10 do 50 marek i t. d.

Nekrologia. Zmarli w Krakowie dnia 6. b. m. **F. Kohn**, obywatel honorowy miasta Limanowy, lekarz cieszący się wzięciem i uznaniem

w swej okolicy, przeżywszy lat 86. W Moskwie dnia 9. b. m. **Piotr Sokolski**, starszy lekarz pierwszej brygady artyleryi grenadyerów, przeżywszy lat 48. — W Lesznie w W. Ks. Poznańskiem **Dr. Czarnecki**. — W Tyflisie w 48. roku życia **G. Rudkowski**, lekarz miejski, wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego, b. ordynator szpitala tyfliskiego a następnie lekarz okręgu erywańskiego. — W Pradze w 65. roku życia, profesor fizyologii w czeskim uniwersytecie **Dr. Włodzimierz Tomsa**, od roku 1865 do 1883 profesor tegoż samego przedmiotu w uniwersytecie kijowskim. — W Wiedniu **Dr. Maurycy Gauster**, dyrektor dolnoaustryackiego zakładu dla obłąkanych.

— **Konkurs** na posadę elewa IV-go bezpłatnego przy klinice lekarskiej w Krakowie. Pierwszeństwo mają Doktorzy wszech nauk lekarskich, obeznani z histologią, chemią lekarską lub bakteryologią. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w Krakowie do dnia 20. Kwietnia 1895.

— **Konkurs**. Wydział powiatowy w Mościskach rozpisuje konkurs na posady lekarzy okręgowych w Krukienicach (pensya roczna 500 złr. i 200 złr. dodatku na objazdy) i w Sądowej Wiszni (pensya roczna 500 złr. i 240 dodatku na objazdy). Podania do 20. Maja b. r.

— **Posada** lekarza miejskiego w Milówce pod Żywcem opróżniona. Starać się mogą o nią doktorzy wszech nauk lekarskich, mający przynajmniej jednoroczną praktykę lekarską. Bliższych szczegółów udzieli kancelarya urzędu gminnego w Milówce.

— **Posada**. W osadzie poprawczej Studzieńcu wakuje posada lekarza z pensyą roczną 600 rubli, mieszkaniem, opałem i światłem. Wiadomości zasięgnąć można w zarządzie osad rolnych w Warszawie, ulica Królewska nr. 33.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 15-tym. W. A. Gluziński: Kilka słów w sprawie działania wyciągów z nadnercza. A. Szpanbok: O wpływie prądu galwanicznego na pobudliwość kory mózgowej. J. Halpern: O niektórych zakaźnych postaciach wszawicy głowy (*pediculosis capitis*). J. Rosenthal: Węzłościskacz, narzędzie do ściskania podwiązek chirurgicznych. W *Medycynie* Nrze 15. L. Kryński: O przenoszeniu czynności mięśni w celach leczniczych. S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie za Kwiecień. T. Drobnik: Operatywne leczenie choroby Basedowa czyli Gravesa oraz pogląd na jej patogenezę. Edward Piotrowski: O przedziurawieniach jelit po urazie. Oświęcimski (z Lipska): Dziwny przypadek bolesnego obrzmiewania sutki prawej w miejsce miesiączki (*amenorrhoe cum xenomania*).

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się sprawozdanie Zakładu zdrojowego w Szczawnicy.

KONKURS.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada sekundaryusza z płacą roczną w ilości 400 złr.

Kandydaci do tej posady muszą oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryackie,

2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryackich,

3) dokładną znajomość języków krajowych,

4) nieskazitelny charakter, tudzież wiek nieprzekraczający 40 lat.

5) opis dotychczasowej praktyki.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca Kwietnia 1895.

Magistrat król. woln. miasta. 79—3—2

Przemyśl, dnia 30 Marca 1895.

Dworski.

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juliusz Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. VI, 400, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. **Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883. dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886. str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. **Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1092). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zaguhione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 886 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. **O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo). z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka,** wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa, 1891. w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia**, według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera. przekład Ad. Ciaglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII. 966. — Cena rs. 4.

Wł. Ołtuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—3

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 27. Kwietnia 1895 r. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof Dr. Jakubowski.

Chociaż bakteryologowie od kilku lat zajmowali się wyrabianiem antytoksyny dyfterycznej, czyniąc z nią następnie doświadczenia na zwierzętach, to lekarze praktyczni mały brali udział w tej pracy, sądząc, że nowy ten środek długo jeszcze pozostanie przetworem doświadczalnym wśród murów pracowni bakteryologicznych. Przed sześciu miesiącami zmieniły się zapatrywania z chwilą, gdy Roux na zjeździe higienicznym w Peszcie a wkrótce po nim Behring i Aronson na kongresie lekarskim w Wiedniu w obec licznie zgromadzonych przedstawicieli wiedzy lekarskiej przedłożyli sposoby przyrządzania antytoksyny, wyjaśnili wpływ jej na ustrój zwierzęcy, wreszcie podali skutki, jakie osiągnięto przy stosowaniu jej u ludzi w przebiegu błonicy.

Z przedłożonych niemal jednozgodnych sprawozdań, opierających się podówczas na doświadczeniach dokonanych przeważnie w szpitalach paryskich i berlińskich, dowiedziano się o nadspodziewanem zmniejszeniu się śmiertelności w tej zabójczej chorobie, co zachęciło ogół lekarzy praktycznych do rozpoczęcia ścisłych, klinicznych badań tej nowej metody leczenia, którą w krótkości nazwano seroterapią.

Ponieważ błonica występuje głównie u dzieci, przeto doświadczenia z antytoksyną przypadły w udziale przeważnie, niemal wyłącznie pedyatrom. Od ostatniego kwartału ubiegłego roku we wszystkich prawie szpitalach dziecięcych wchodzi w użycie surowica przeciwbłonicza. Równocześnie na posiedzeniach Towarzystw lekarskich toczą się żywe rozprawy nad tą nową metodą leczenia, w pismach peryodycznych zawodowych jawią się liczne artykuły i sprawozdania. W biegu sześciu miesięcy literatura, odnosząca się do seroterapii, do olbrzymich wzrosła rozmiarów. Nie tu jest miejsce, by wyliczać choćby tylko główniejsze prace ogłoszone drukiem; nie mogę jednak pominąć milczeniem rozpraw, jakie przed kilku miesiącami toczyły się na posiedzeniach Towarzystw lekarzy w Wiedniu, wypowiedzieli tam bowiem zapatrywania swoje pierwszorzędni pedyatrzy niemieccy, znani w nauce jako sumienni i znakomici badacze.

Dnia 21. Grudnia ubiegłego roku prof. Widerhofer złożył sprawozdanie ze stu przypadków błonicy, leczonych surowicą Behringa w klinice pedyatrycznej wiedeńskiej, z których 24 zakończyło się śmiercią. Po wyczerpującem przedstawieniu sprawy, po porównaniu wyników leczenia innymi środkami z obecnie używaną metodą, profesor Widerhofer głosi się stanowczym zwolennikiem seroterapii, kończąc sprawozdanie temi słowy: „iż to, co wygłosił, stwierdził naocznie, co widział, w to wierzy, i nie obawia się, aby wypowiedziane zdanie kiedy odwołał“.

W dwadzieścia dni później (11. Stycznia b. r.) profesor Monti zdaje również sprawę z wyników osiągniętych przez siebie przy stosowaniu seroterapii. Z 25 dzieci nawiedzonych błonicą stracił tylko jedno, t. j. $4^0/_0$. Dziwić się nie można, że profesor Monti przy tak korzystnych wynikach sprzyja leczeniu błonicy antytoksyną. Opinię swą wypowiada jednak z wielką ostrożnością, mówiąc, iż sprawozdanie swe uważa tylko za tymczasowe doniesienie, przyczem z naciskiem zwraca

uwagę na rozliczne powikłania, występujące obecnie przy użyciu antytoksyny o wiele częściej niż poprzednio.

Dr. Gnändinger, dyrektor szpitala arcyksięcia Rudolfa dla dzieci, w krótkich podaje słowach, iż z 27 przypadków leczonych surowicą, stracił 11, t. j. przeszło 40%, nie może więc twierdzić, aby ta nowa metoda leczenia była w czemkolwiek lepszą od dawniej używanych środków.

Wreszcie profesor Kassowitz, opierając się nie na własnych spostrzeżeniach, lecz na tem, co dotąd słyszał lub czytał o seroterapii, uważa ją nietylko za bezskuteczną, ale wręcz szkodliwą.

Wobec tylu sprzecznych zdań, wypowiedzianych równocześnie przez znakomitych zawodowych pedyatrów, tę może jedynie odnosi się korzyść, iż w jaskrawych barwach przedstawiły się tak dodatnie jak i ujemne strony seroterapii, służąc za nić przewodnią do dalszych badań klinicznych. Wszyscy powyżej wymienieni mowcy mimo znacznej różnicy w zapatrywaniach, na jedno się zgodzili, nie wyłączając nawet Kassowitza, że dalsze badania z surowicą leczniczą w błonicy są bardzo pożądane.

Wspomnieć muszę, że w tych dniach na zjeździe internistów niemieckich w Monachium na pierwszym planie umieszczonym jest odczyt prof. Heubnera: O skuteczności seroterapii w błonicy [1]). Wreszcie zwracam uwagę, że na wniosek Dra Fischla z Pragi, jednym z przedmiotów głównych, mającym być wziętym pod obrady na XII. zebraniu Towarzystwa pedyatrów niemieckich jest zbiorowe przedłożenie praktycznych wyników seroterapii. Zebranie to pedyatrów odbędzie się dopiero w Sierpniu lub Wrześniu b. r. równocześnie z 67 zjazdem lekarzy niemieckich. Na niem dopiero po całorocznych doświadczeniach z surowicą w rozlicznych szpitalach usłyszymy zdanie pedyatrów niemieckich, jeżeli nie w zupełności, to w znacznej części wyjaśnioną zostanie sprawa, czy słuszność w zapatrywaniach co do seroterapii jest po stronie jej zwolenników, czy przeciwników. Obecnie znajdujemy się w okresie żywotnej pracy na tem polu, gorącego zajęcia się klinikow-pedyatrów tą nową tyle obiecującą metodą leczenia. Mniemam zatem, że na czasie przedkładam swoje sprawozdanie z rozpoczętej pracy w tym względzie w tutejszym szpitalu dla dzieci.

Krakowski szpital św. Ludwika jest, że się tak wyrażę, bardzo odpowiednią stacyą do prowadzenia wszelkich doświadczeń z błonicą, w nim bowiem gromadzi się znaczny zastęp najcięższych przypadków, nietylko miejscowych, ale zwożonych w celu leczenia z odległych powiatów kraju. Od lat kilku bywa rocznie przeszło 200 przypadków, t. j. prawie piąta część ze wszystkich stale do leczenia przyjmowanych chorych. Rozporządzając tak obfitym materyałem, pragnąłem jeszcze w miesiącu Wrześniu ubiegłego roku rozpocząć doświadczenia surowicą; nie mogłem jednak tego uczynić z powodu braku funduszów na zakupno tego podówczas bardzo drogiego środka. Otrzymawszy dopiero w połowie Października zasiłek 500 złr. od Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności Miasta Krakowa, po dokonaniu odpowiednich prac przygotowawczych, rozpocząłem leczenie błonicy surowicą z końcem Października. W okresie pięciomiesięcznym (od 30. Października 1894 do 31. Marca b. r.) zastosowano seroterapią u 82 dzieci, z których w dniu 1. Kwietnia pozostało jeszcze w leczeniu 7; sprawozdanie więc moje opiera się na podstawie 75 przypadków, które przebyły leczenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Odczyt ten odbył się dnia 3. Kwietnia, równocześnie z wykładem prof. Jakubowskiego.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

Thermokauterectomia uteri totalis celem zapobieżenia przeszczepieniu raka.

Podał

Dr. Aleksander Rosner.

Docent Uniwersytetu i I-szy asystent.

Ostateczne wyniki po t. zw. radykalnych operacyach raka szyi macicznej nie są bynajmniej zadowalniające i mimo znakomitego rozwoju techniki operacyjnej nie poprawiły się od czasów Karola Brauna tak, jakby się tego można było spodziewać. A przecież zaprzeczyć nie można, że czyniono w tym właśnie względzie wysiłki. Amputacyę części pochwowej zastąpiono wysokiem wycięciem szyi według Schrödera a przed kilkunastu laty postanowiono poświęcić cały chory narząd. Technika tego całkowitego wycięcia macicy zrazu dokonywanego od jamy brzusznej, została znakomicie uproszczoną i wykształconą naprzód przez propozycyę Rydygiera oddzielania szyi od strony pochwy, potem przez stworzenie metody pochwowej przez Czernego i Schedego. Ale kiedy wyniki chwilowe stały się doskonałymi a śmiertelność po zabiegu dziwnie małą, ostateczne, odległe rezultaty były i są jeszcze smutne, z dwóch przyczyn: raz dlatego, że większość, znaczna większość chorych kobiet zgłasza się do operacyi zapóźno a powtóre dlatego, że mimo, iż się pozornie operuje w tkankach zdrowych, nawrót cierpienia jest niestety bardzo częsty. Przyczynę tego upatrywano i to niewątpliwie w niektórych przypadkach słusznie w tem, że się operuje w tkance łącznej okołomacicznej zablisko nowotworu z przyczyny niemiłego sąsiedztwa moczowodów. Metoda t. zw. sakralna Herzfelda [1]) z Wiednia, potem metody Schuchardta i Mackenrodta miały nam umożliwić odsunięcie moczowodu na bok i wyjęcie tkanki łącznej z domniemanemi ogniskami rakowemi na większej niż dotąd przestrzeni. Nie wahano się w tym celu (Schuchardt) zadawać rozległych ran od sklepienia bocznego pochwy aż do warg sromowych i przez nie, lub (Mackenrodt) okrwawiać całą tylną powierzchnię pęcherza moczowego. Jakie będą ostateczne wyniki tych krwawych zabiegów, nie wiemy, ale obawiamy się, że ile się zyska przez uprzystępnienie pola operacyjnego, tyle się straci przez ułatwienie nawrotów raka przeszczepionego podczas zabiegu na duże świeże rany. W tej przeszczepialności, zdaje się, tkwi dziś rdzeń całej sprawy.

Że rak przeszczepić się da, wątpić nam dziś niewolno; dowiodły tego liczne kliniczne spostrzeżenia, z których jedno niedwuznaczne wkrótce będę miał sposobność opisać, dowiodły tego z większą jeszcze naukową ścisłością doświadczenia na zwierzętach Wehra [2]), Hanaua [3]), Moraua [4]) i innych, jak niemniej

[1]) Bericht über 1000 Bauchhöhlen-Operationen etc. Wien. 1895.
[2]) Wehr: Archiv f. klin. Chir. XXXIX. I. p. 226. 1889.
[3]) Hanau: Fortschritte d. Med. VII. 9. 1889.
[4]) Morau: Archives de méd. experim. et d'anat. pathol. 1894. Nr. 5.

równie ciekawe jest nie etyczne doświadczenia Hahna[5]) i francuskiego anonima na ludziach. Że właśnie rak macicy przeszczepia się często, dowiodły żmudne i piękne poszukiwania Wintera[6]). Rzut oka na technikę wyjęcia macicy przez pochwę wystarczy zresztą, aby wykazać, że przy tym zabiegu właśnie o przeszczepienie nie trudno; operuje się tu w głębi tuż w pobliżu nowotworu i często z wielką niewygodą a po otwarciu otrzewny spłukiwanie odrywających się cząsteczek nowotworu mocnym strumieniem sublimatu lub karbolu staje się niemożliwem. O przeszczepienie w tkankę łączną w pierwszej połowie zabiegu, w drugiej zaś połowie na otrzewnę tak niezawodnie skłonną do przyjęcia tego nowotworowego zakażenia — nietrudno. Mógłby ktoś zarzucić, że idę za Winterem za daleko, akcentując tak bardzo możność przeszczepienia raka i szukając w tem miedzy innemi przyczyny częstości nawrotów, skoro inne raki, n. p. sutka mimo, że się je operuje wygodnie i używać może w całej pełni spłukiwań płynami odrażającymi, nie dają ostatecznie rokowania lepszego. Na to odpowiedzieć można, że badania dowiodły, że rak szyi macicznej długi czas jest cierpieniem miejscowem macicy i w przeważającej liczbie przypadków nie tworzy wcale przerzutów a jak poszukiwania Wintera i innych wykazały, zajęcie gruczołów przed wyraźnem przejściem raka na tkankę łączną okołomaciczną należy do wyjątków, w raku zaś sutka i gruczoły wcześnie są zajęte a dzięki skrzętnym badaniom Heidenhaina[7]) wiemy, że ogniska i odnogi nowotworu znaleźć można często daleko od pierwotnego ogniska na powięzi piersiowej. Więc nowotwór, jak rak szyi, w złośliwości swojej o tyle dobrotliwy, że ani przerzutów odległych nie robi, ani gruczołów wcześnie nie zajmuje, powinien ostatecznie radykalnym zabiegiem dać się częściej usunąć całkowicie. Wywody Wintera przemawiają bądź co bądź do przekonania, jeśli sporą część winy nawrotów składa na przeszczepienie raka podczas operacyi.

A wobec tego obowiązkiem naszym jest sposób operowania zmienić w ten sposób, ażeby uniknąć tego przeszczepienia. Przeszczepić można żywy nowotwór na świeżą żywą ranę; z tego wynika, że wysiłki nasze powinny iść w dwóch kierunkach: 1. nowotwór powinien być przed radykalnym zabiegiem w ten sposób zrobiony nieszkodliwym, żeby odrywanie się jego drobnych żywych cząsteczek było utrudnione, operator zaś uważać powinien, ażeby narzędziami lub palcami wprost nowotworu nie przenieść, 2. podczas zabiegu nie powinno się stwarzać podłoża, na któremby przeszczepiony kawałek mógł żyć i bujać, t. j. nie powinno się zadawać świeżych ran.

Pierwszy punkt jest niezawodnie łatwiejszy do wykonania; proponuje go Plicque[8]) i Winter i wielu w ten sposób operuje. Drugi jest niezawodnie trudniejszy i jeśli nie przeoczyłem czegoś w literaturze, zamało nań zwracano dotąd uwagi. Właśnie propozycye Schuchardta i Mackenrodta, którzy w pobliżu nowotworu, choćby nawet, jak w metodzie Mackenrodta, wyskrobanego, wypalonego i błoną śluzową pochwy obszytego zadają rozległe świeże rany, dowodzą, że w tym względzie nie zdawano sobie należycie sprawy z niebezpieczeństwa. Nie powiem, żeby o tem wcale nie myślano. Owszem; znakomity profesor berliński Olshausen[9]) w Lutym b. r. przemawiając w Towarzystwie ginekologicznem, mówi, że: „pokrycie zadanych ran strupem przez przypalenie mogłoby być bardzo skutecznem (przeciw przeszczepieniu), ale — dodaje on — dotychczas technicznie wykonać się nie da“ a na temże posiedzeniu Mackenrodt[10]) przyznaje się, że bardzo boi się tego przeszczepienia i zapowiada, że ma zamiar poprawić technikę operacyjną *insbesondere durch Cauterexstirpation.* Od J. Veita[11]) dowiadujemy się, że i Schröder bacząc na dziwnie dobre wyniki Karola Brauna, uzyskane przez zwykłą amputacyę części pochwowej pętlą galwanokaustyczną, próbował przypalać żelazem rozpalonem rany po wyjęciu macicy, co jednak porzucić musiał z powodu przepalania podwiązek zamykających duże naczynia.

Uwzględniając to wszystko, czcigodny szef mój prof. Dr. Jordan postanowił spróbować kauteroekstyrpacyi a szczęśliwemu przypadkowi zawdzięczamy, że prawie równocześnie zgłosiły się dwie pacyentki z niezbyt rozwiniętym nowotworem, z których jedną operował mój szef dnia 30. Marca, drugą ja 2. Kwietnia. Myślą przewodnią w obu tych operacyach było zastąpienie noża i nożyczek, o ile to być może, termokauterem. Zabieg przedstawiał się, jak następuje: Sprowadzenie części pochwowej ku dołowi i przypalenie powierzchni nowotworu żegadłem Pacquelina; ścisła desinfekcya pochwy; oddzielenie pęcherza od szyi macicznej w sposób zwykły za pomocą noża i na tępo palcem podczas spłukiwania rany silnym strumieniem sublimatu, otwarcie zatoki pęcherzowo-pochwowej. Od tej chwili aż do ukończenia operacyi używa się tylko kleszczyków Richelota i termokauteru; otwiera się nim przedewszystkiem jamę Douglasa i głęboko przecina sklepienia boczne. Po zrobieniu tego, zakłada się pierwszą parę kleszczyków na podstawę jednego z szerokich więzadeł. Kleszczyki sprowadziliśmy od Mathieugo z Paryża; są one tak znakomicie zbudowane a zamknięte za ostatni ząbek trzymają tak mocno, że bez najmniejszej obawy można je pociągać ku dołowi a z niemi uchwyconą podstawę szerokiego więzu, którą, w ten sposób, pociągając zarazem mocno część pochwową, sprowadzić można aż do szpary sromnej. Pod osłoną wzroku i gorgeretu wsuniętego do jamy Douglasa, przepala się teraz uchwyconą tkankę wzdłuż macicznego brzegu kleszczyków. Drugą parę kleszczyków zakłada się powyżej; można niemi uchwycić resztę więzu szerokiego, lub zostawić samą tylko trąbkę, którą potem, jeśli się jej całkiem wraz z jajnikiem nie usuwa, zacisnąć można osobno. Gdyby przepalenie tej górnej części więzu miało natrafiać na trudności, można już po przepaleniu podstawy więzu szerokiego sprowadzić dno macicy do pochwy, przez co tę część zabiegu ułatwia się znacznie. Zaciśnięcie i przepalenie drugiego więzu jest wobec uruchomienia macicy jeszcze łatwiejsze i idzie bardzo szybko. Niebezpieczeństwa nadwerężenia pęcherza lub jelit nie ma, gdyż wszystko robi się pod osłoną wzroku na suchem, całkiem bezkrwawem polu operacyjnem. Spalone kikuty zasypuje się jodoformem i wsuwa między nie strzęp gazy jodoformowej, która chroni jelita od wypadnięcia do pochwy; gazą jodoformową tamponuje się również lekko pochwę.

[5]) Hahn: Berliner klin. Wochschr. 1888. Nr. 21. p. 413
[6]) Winter: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek. 1892. XXIV
[7]) Heidenhain: Archiv. f. klin. Chirurg. XXXIX.
[8]) Plicque: Thèse. Paris 1888. p. 35—40.
[9]) Olshausen: Centralblatt für Gynaek. 1895. Nr. 12. p. 322.
[10]) Mackenrodt: ibidem p. 323.
[11]) Veit: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek. XXIV. 1892. p. 144.

Zabieg ten nie wymaga żadnych osobnych okoliczności; rzecz jasna, że macica musi się dać łatwo sprowadzić ku dołowi; gdzie to nie da się zrobić, gdzie ruchomość macicy jest z powodu nacieków upośledzona, tam wprawdzie można wykonać wyjęcie macicy innym sposobem, ale się go wykonywać w ogóle nie powinno raz dlatego, że się pacyentce rzadko pomaga a często szkodzi, a powtóre, że niepotrzebnie psuje się statystykę, inne chore z rakiem macicy odstrasza od wczesnego zgłaszania się do lekarza i nie dozwala ocenić prawdziwej wartości radykalnych operacyi.

W najbliższym przypadku zamierzamy posunąć się jeszcze dalej i w dopiero co opisanym sposobie operowania uczynić dwie modyfikacye: 1) mamy zamiar nie używać noża wcale i nawet błonę śluzową sklepienia przedniego aż do wiotkiej tkanki łącznej przecinać termokauterem, 2) zamierzamy po założeniu kleszczyków na podstawę więzu szerokiego i przepaleniu tkanki po jednej stronie wykonać odrazu to samo po stronie drugiej, poczem zamierzamy uciąć szyję wysoko ponad granicą nowotworu termokauterem a błonę śluzową otwartej w ten sposób jamy macicy zniszczyć również żegadłem. W ten sposób śmielej będziemy mogli sprowadzać dno macicy do pochwy bez obawy, żeby szyja dotknięta nowotworem miała zakazić rakiem otrzewnę.

Borysowicz [12]) na ostatnim zjeździe lekarzy polskich we Lwowie radził przed otwarciem otrzewny podwiązać szyję wysoko *en masse*, odciąć ją nożem, powstałą zaś przez to ranę przyżegnąć roztworem chlorku cynku. Zabieg ten z wielu względów korzystny dałby się uprościć w sposób wyżej opisany.

Uwaga: Już po oddaniu dnia 13. Kwietnia powyższego artykułu do druku wyczytałem w Nrze 15. *Centralblatt für Gynaek.*, wyszłym tegoż samego dnia w Lipsku, str. 402., krótką wzmiankę o zupełnem wyjęciu macicy przez pochwę za pomocą termokauteru przez Mackenrodta. Z krótkiego i trudno zrozumiałego opisu operacyi wynika, że Mackenrodt operował zupełnie inaczej, niż powyżej podano.

III. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Według tego, około której z osi gałka oczna wykonywa swe ruchy obrotowe, rozróżniamy trzy rodzaje drżenia:

1) Drżenie wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*), jeżeli ruch następuje około osi pionowej lub poziomej. Tutaj pionowy południk rogówki nie zmienia swego położenia, lecz tylko środek rogówki przebiega drogę po łuku poziomym od prawej ku lewej stronie (*n. horizontalis*) lub po łuku pionowym, od góry ku dołowi (*n. verticalis*).

2) Drżenie kołowe (*nystagmus rotatorius*). Gałka obraca się około osi przodowo-tylnej, środek rogówki nie zmienia swego położenia, natomiast południk pionowy rogówki nachyla się górnym końcem na lewo i na prawo od pionowej.

[12]) Borysowicz: ref. Neugebauera w Monatsschrift f. Geb. und Gynaek. I. i p. 49.

3) Drżenie złożone (*nystagmus mixtus*) będące kombinacyą dwóch poprzednich tak, iż środek rogówki opisuje łuk od góry zewnątrz ku dołowi wewnątrz lub od góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz (*n. diagonalis*), albo że w jednym i tym samym przypadku występuje drżenie w jednej chwili jako wahadłowe a w drugiej znów jako kołowe.

Najczęstszem w ogóle jest drżenie wahadłowe i to poziome, potem idzie kołowe i złożone, o wiele rzadziej spotyka się *n. verticalis* a najrzadziej *diagonalis*.

Jakkolwiek drgania te, jak wspomniałem, są mimowolne, to znane są przypadki, gdzie *nystagmus* na żądanie mógł być wywołanym (Schweigger, Fick); na odwrót nie brak też spostrzeżeń, że chory dotknięty drżeniem oczu, może je zmniejszyć a nawet zupełnie przytłumić przez nadanie liniom widzenia pewnego kierunku, do czego służy mu odpowiednie zwrócenie gałek ocznych a względnie ustawienie głowy. W niektórych bowiem przypadkach oscylacye zmniejszają się stale lub nawet ustępują zupełnie przy silnej konwergencyi albo mocnem zwróceniu ócz ku dołowi lub w innym kierunku. Graefe n. p. wspomina o przypadku [3]), w którym przy kierunku linii widzenia o 25 do 30° ku stronie prawej drżenie znikało, przy dalszem zaś zwróceniu na prawo pojawiało się znowu; było to tak stałem, że chory dla uwolnienia się od drżenia ócz instynktownie zwracał głowę ku stronie lewej, aby linie widzenia były pod powyżej podanym kątem ku stronie prawej skierowane. W wielu jednak przypadkach nie można znaleść takiego kierunku ócz, w którymby drżenie zupełnie ustawało; czasem znika ono wprawdzie na chwilę przy pewnem ustawieniu gałek ocznych, lecz potem występuje znowu i to gwałtowniej. Za to prawie każdy *nystagmus* znika we śnie i w narkozie chloroformowej.

O wpływie psychicznym, podniecającym drżenie ócz już wspomniałem, nadmienić tu jednak jeszcze muszę, iż niektórzy ten sam wpływ na rozmaite rodzaje drżenia przypisują większemu lub mniejszemu natężeniu światła, co jednak nie w każdym przypadku stwierdzić można.

W wielu przypadkach napotykano obok drżenia ócz całkiem podobne, wahadłowe drgania całej głowy około osi odpowiadającej osi *nystagmus*, tylko w kierunku przeciwnym. Niektórzy widzieli w tem kompensatę ruchów ócz, mającą na celu zniesienie lub wyrównanie przynajmniej w części nieprzyjemnego wrażenia, jakiego chorzy z dobrą bystrością wzroku przy tem doznają (Stellwag, Böhm). Schweigger przeczy jednak temu, a to na tej podstawie, iż nieraz widział, że ruchy głowy nie były równe, owszem raz silniejsze, to znów słabsze, podczas gdy *nystagmus* nie okazywał odpowiednich wahań tak, że istniał zupełny niestósunek między wychyleniami i szybkością ruchów głowy a ócz. Kompensata taka rzeczywiście byłaby możliwą i zupełną, gdyby nietylko kierunek ruchów głowy był przeciwny kierunkowi ruchów gałek ocznych, ale gdyby ich stopień i szybkość były ściśle takie same; wtedy dopiero obrazek przedmiotu, w który się chory wpatruje, padałby mimo drżenia ócz zawsze na jedno i toż samo miejsce siatkówki. Tak musiało być w przypadku Stellwaga, ale nie zawsze tak bywa.

Niekiedy *nystagmus* może być niejako utajonym i dopiero po użyciu podstępu można go zdemaskować. W jednym przypadku Stellwaga przy zwykłem badaniu chorego nie

[3]) Handbuch Graefe-Saemisch.

można było dostrzedz ani śladu drżenia ócz, występowało ono jednak natychmiast gdy głowę chorego odpowiednio unieruchomiono.

Ruchy drgające, jakie obie gałki przy *nystagmus* obuocznym wykonywają, są ściśle skojarzone, to znaczy, że np. przy drżeniu poziomem środki obu rogówek w tych samych momentach czasu równie daleko przechodzą na prawo i na lewo od linii środkowej, przy drżeniu kołowem południki pionowe obu rogówek zwracają się w równym stopniu tymi samymi końcami raz ku prawej, raz ku lewej stronie.

Wszelkie ruchy gałki ocznej zależą od skurczu odpowiednich mięśni. Zastanówmyż się więc teraz, które mięśnie muszą być czynnymi przy każdym z powyżej wymienionych rodzajów drżenia. Gałka oczna, jak wiadomo, posiada 6 mięśni: 4 proste i 2 ukośne. Mięsień prosty zewnętrzny i prosty wewnętrzny, które przebiegają prosto od tyłu ku przodowi, mają wspólną poziomą płaszczyznę mięśniową i pionową oś obrotową. Dla lepszego zrozumienia muszę przypomnieć, że płaszczyzna mięśniowa jestto płaszczyzna, przechodząca przez oba punkta przyczepienia jakiegoś mięśnia i przez punkt obrotowy czyli t. zw. obrocie oka. Linia zaś prostopadle na tej płaszczyźnie wystawiona a również przez obrocie oka przechodząca, stanowi oś obrotową tegoż mięśnia. Ściśle biorąc każdy mięsień oczny ma inną płaszczyznę i inną oś obrotową, mielibyśmy więc dla każdego oka 6 płaszczyzn mięśniowych i 6 osi obrotowych. Ze względów jednak praktycznych, aby nie wikłać stosunków i tak dość skomplikowanych, przyjmujemy zazwyczaj, popełniając przez to błąd minimalny, dla każdej pary mięśni po jednej wspólnej płaszczyźnie i po jednej wspólnej osi.

M. prosty górny i prosty dolny przebiegają nieco skośnie od tyłu-wewnątrz ku przodowi-zewnatrz; ich oś obrotowa leży w płaszczyźnie poziomej, zachowując kierunek od przodu-wewnątrz ku tyłowi-zewnątrz.

M. skośny górny (właściwie uwzględniamy tylko część tego mięśnia od bloczku [*trochlea*] do punktu przyczepienia na gałce ocznej) i skośny dolny biegną od góry, przodu i wewnątrz ku dołowi i tyłowi-zewnątrz a oś obrotowa wspólna, leżąca w płaszczyźnie prawie poziomej, ma kierunek od przodu-zewnątrz ku tyłowi-wewnątrz. Uwagi te są niezbędne, aby zrozumieć działanie poszczególnych mięśni i skutek, jaki skurczenie się każdego z nich wywołać musi przy rozmaitych ustawieniach gałki ocznej. Każdy ruch gałki ocznej oznaczamy według tego, gdzie zostaje zwrócony środek rogówki i jak się zachowuje przytem jej południk pionowy.

M. prosty zewnętrzny i wewnętrzny zwracają środek rogówki; pierwszy prosto ku zewnątrz, drugi prosto ku wewnątrz, południk pionowy rogówki nie zmienia przytem wcale swego położenia, zostaje pionowym.

M. prosty górny zwraca środek rogówki ku górze i wewnątrz a nachyla górny koniec południka pionowego ku wewnątrz.

M. prosty dolny zwraca środek rogówki ku dołowi-wewnątrz, nachyla zaś górny koniec południka ku zewnątrz.

M. skośny górny zwraca środek rogówki ku dołowi zewnątrz, nachyla górny koniec południka przytem ku wewnątrz.

M. skośny dolny zwraca środek rogówki ku górze-zewnątrz, równocześnie nachyla południk pionowy górnym końcem ku zewnątrz.

Widzimy więc, że te ostatnie 4 mięśnie działając nietylko podnoszą, względnie opuszczają oko, ale także zataczają gałkę około osi przodowo-tylnej, wywołują przeto skutek podwójny. Co zaś przeważa, czy zwrócenie środka rogówki, czy nachylenie południka, to zależy od położenia, jakie w danej chwili gałka oczna zajmuje. Jeżeli oko będzie w abdukcyi, t. j. zwrócone ku zewnątrz, to m. prosty górny, lub prosty dolny podziała przeważnie na środek rogówki a minimalnie tylko na południk pionowy. Przeciwnie rzecz się ma, gdy oko będzie w addukcyi, t. j. zwrócone na wewnątrz; wtedy rotacya będzie wybitniejszą, niż zwrócenie oka ku górze, względnie ku dołowi. W pierwszym przypadku bowiem oś optyczna zbliża się lub nawet schodzi z płaszczyzną mięśniową, w drugim z osią obrotową tych mięśni. Wręcz odwrotnie ma się rzecz przy działaniu obu mm. skośnych: w addukcyi przeważa zwrócenie środka rogówki ku górze, lub ku dołowi, w abdukcyi rotacya.

Zrozumiemy teraz, że *nystagmus* powstaje wtedy, jeżeli naprzemian to jeden, to drugi mięsień popada w szybkie kurcze kloniczne. Weźmy n. p. *n. oscillatorius horizontalis*. Tutaj mamy do czynienia z klonicznym kurczem m. prostego zewnętrnego i wewnętrznego. W innych rodzajach drżenia oczu już nie jedna para mięśni, ale kilka popada w skurcze kloniczne a która, to zależy od ustawienia gałek ocznych w danej chwili. Na przykład w *n. rotatorius*, jeżeli gałka zwrócona jest wprost przed siebie a więc linie widzenia ustawione równolegle, to działać będzie m. skośny górny i dolny. To samo będzie miało miejsce przy mocnej abdukcyi; nieraz też można widzieć, że *nystagmus* w położeniu tem staje się wybitniejszym. Jeżeli zaś gałka będzie w addukcyi, to rotacyę musimy odnieść do skurczu m. prostego górnego i dolnego. Toby nam tłómaczyło to także, dlaczego drżenie kołowe ustaje nieraz przy mocnej zbieżności osi ocznych, bo wtedy wpływ mm. skośnych na południk pionowy ginie. Jeżeli znów *nystagmus* przy wszystkich ustawieniach gałki ocznej występuje, to wtedy wywołują go naprzemian raz mm. skośne, raz prosty górny i dolny. Co więcej, w przypadkach drżenia obuocznego (a takie jest najczęstszem), na każde oko inne mięśnie muszą działać równocześnie. Wyobraziwszy sobie bowiem n. p. oba oczy zwrócone mocno na prawo, czyli prawe oko w abdukcyi, lewe w addukcyi, to przy drżeniu kołowem działają na oku prawem mm. skośne, na lewem m. prosty górny i dolny. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Devergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

Przez wyraz *lichen* rozumieją dermatologowie począwszy od czasów Hebry, pewną właściwą, o zupełnie odrębnym charakterze anatomicznym, formę chorobową skóry, cechująca się występowaniem mniejszych lub większych guziczków,

które przez cały przeciąg choroby żadnej przemianie anatomicznej nie ulegają i jako takie po krótszym lub dłuższym czasie ustępują. Przed Hebrą oznaczano słowem *lichen* wszystkie bez wyjątku wysypki guziczkowe, bez względu na ich znaczenie nozologiczne a Willan nawet poddał pod to miano wszystkie choroby, przedstawiające się w pewnem stadyum swego przebiegu w formie guziczków, które ulegają następowo przemianie anatomicznej, zamieniając się na wykwity *(efflorescentia)* inne, naprzykład pęcherzyki i krosty. Jak widzimy, pojęcie *lichen* zostało od czasów Hebry ściśle określone tak pod względem klinicznym, jakoteż anatomo-patologicznym. Dzisiaj znamy tylko dwie choroby należące do tej grupy, a są nimi 1) *lichen scrophulosorum*, 2) *lichen ruber*.

Wielu autorów zalicza do tej grupy także i te choroby, które w pewnej swej odmianie przedstawiają się w formie guziczków trwałych, nie ulegających z czasem żadnej metamorfozie anatomicznej i jako takie odpowiadają zdaniem tych autorów powyższym wymaganiom Hebry i jego szkoły. Należy tu forma drobno guziczkowa kiły wtórorzędnej t. zw. *lichen syphiliticus*, dalej forma guziczkowa pokrzywki t. zw. *lichen urticatus*, podobnież i wyprysk prosówkowy t. zw. *eczema lichenoides*. Szkoła wiedeńska wyłącza stanowczo wszystkie wyżej wymienione osutki z swej grupy *lichen*, pozostawiając w niej tylko *lichen ruber* i *lichen scrophulosorum*, pomimo że choroby te odpowiadają wprawdzie tak pod względem anatomicznym, jakoteż klinicznym określeniu Hebry, jednak różnią się całkowicie między sobą w swej patogenezie i pojęciu nozologicznem. To też słusznie domaga się Neisser na ostatnim zjeździe dermatologów niemieckich w Wrocławiu wykreślenia liszaju zołzowego z tej klasy, proponując dla tej choroby skórnej właściwszą nazwę *scrophuloderma miliare* i zachowania nazwy *lichen* wyłącznie dla jednej tylko choroby, t. j. dla pierzchnicy Hebry *lichen ruber Hebrae*.

Nie wdając się w krytykę właściwej nomenklatury i klasyfikacyi chorób guzkowych rozmaitych autorów, przytoczyłem tylko tych kilka uwag wstępnych dla łatwiejszego zrozumienia sprawy, o którą mi głównie chodzi a jest nią stosunek, jaki zachodzi pomiędzy *lichen ruber exsudativus* a chorobą opisaną przez Francuzów: *pityriasis rubra pilaris*.

W ostatnich latach, a szczególnie od czasu pierwszego kongresu międzynarodowego dermatologów w Paryżu (1889), wywiązała się zaciekła polemika w tej kwestyi pomiędzy szkołą francuską a niemiecką a kilkanaście przypadków choroby *pityriasis rubra pilaris*, przedstawionych na zjeździe paryskim, dało sposobność Kaposiemu do określenia stanowiska, jakie on i jego zwolennicy w tej sprawie zajmują.

Aż do r. 1874 znano tylko *lichen ruber Hebrae*, który ten znakomity autor opisał bardzo dokładnie w swojej dermatologii, chorobę ciężką, z przebiegiem chronicznym a kończącą się w największej liczbie przypadków śmiercią, wśród objawów marastycznych, znacznego upadku sił i odżywienia i ogólnej prostracyi. Choroba ta charakteryzuje się występowaniem na skórze zresztą zupełnie prawidłowej, guziczków wielkości ziarnek prosa pokrytych na szczycie cienką łuską przyskórka. Guziczki te występują w dwojakiej formie: jedne z nich są kształtu stożka, twarde, barwy żywo lub ciemno czerwonej, na szczycie pokryte białą łuską, przez co są w dotknięciu chropowate i szorstkie. Drugi rodzaj guziczków jest wielkości podobnej do poprzednio opisanych, połysku woskowego, barwy blado różowej, kształtu płaskiego, opatrzony we środku małem, ale wyraźnem zagłębieniem (Delle), które zwykle zapełnione jest czopkiem, złożonym z warstw przyskórka; guziczki te są zwykle wielokątne i występują o wiele częściej, aniżeli stożkowate, sprawiając zarówno jak i tamte dosyć znaczne swędzenie. Umiejscowienie tych guziczków jest najrozmaitsze. Najczęściej spotykamy się z formą płaską guziczków, najrzadziej z odmianą stożkowatą bez domieszki guziczków płaskich a tu i ówdzie spotykamy u jednego indiwiduum obok przeważającej pierzchnicy płaskiej rozsiane w mniejszej liczbie guziczki stożkowate. Co się tyczy zmian anatomicznych w głębszych warstwach skóry, to badanie drobnowidowe wykazuje w każdym przypadku pierzchnicy zmiany w otoczeniu uchyłków włosów *(Haarfollikel)* w postaci hiperplazyi komórek zewnętrznej pochewki i nacieku komórkowego w sąsiednich brodawkach skóry; zwyczajnie przychodzi również do proliferacyi komórek w głębszych warstwach Malpighiego. W miejscu odpowiadającem zagłębieniu w środku guziczka znachodzimy zanik brodawek, a Biesiadecki zwrócił pierwszy uwagę na to, że ów środek guziczka nie odpowiada ujściu uchyłków włosowych (folikułów), lecz miejscu przyczepienia *musculi arectores pilorum*, które podług tego autora mają się znajdować w ciągłym tężcu, wywołując to tak charakterystyczne zagłębienie. Zresztą zmian innych dla choroby tej charakterystycznych nie znachodzimy.

Wybitna różnica w przebiegu klinicznym zachodzi pomiędzy odmianą chorobową o guzkach kończystych a drugą o guziczkach płaskich: gdy pierwsza pozostawiona sama sobie sprowadza z reguły po krótszym lub dłuższym czasie zejście śmiertelne, to druga przebiega znacznie łagodniej, zazwyczaj nie zajmuje w tak krótkim czasie całej powierzchni skóry, ale zajmując nieraz przez długie lata tylko mały obszar, przebiega więcej chronicznie i często nawet ustępuje bez leczenia. Pierwszych 14 przypadków Hebry zakończyło się śmiercią i dopiero odkąd poznano w kwasie arsenowym znakomity i niemal pewny środek przeciw tej chorobie, zaliczamy zejście śmiertelne w jej przebiegu do rzadkości.

W roku 1869 opisał Erasm Wilson nową odmianę choroby guzkowej skóry, którą nazwał *lichen planus*, chorobę, której opis dokładnie odpowiadał pierzchnicy Hebry o guziczkach płaskich. Wilson opisał tę chorobę zupełnie niezależnie, wkrótce po publikacyi Hebry a że przypadki przez niego obserwowane przedstawiały wyłącznie guziczki płaskie, nazwał ją *lichen planus*. Choroba ta nie była niczem innem, jak tylko *lichen ruber Hebrae*, ową odmianą najczęstszą, t. j. bez domieszki guziczków kończystych. Ponieważ z biegiem czasu odmianę guziczków płaskich, opisaną przez Wilsona, spostrzegano i opisywano coraz częściej a forma pierwotna Hebry należała do rzadkości, przeto zaczęli autorowie angielscy uważać odmianę Wilsona za osobną chorobę i nazwali ją *lichen planus Wilsoni*. Kaposi sprawdziwszy tożsamość obu tych odmian chorobowych, nazwał odmianę opisaną pierwotnie przez Hebrę *lichen ruber accuminatus* a obraz chorobowy skreślony przez Wilsona *lichen ruber planus*, wyrażając przez to dobitnie, że te dwie nazwy oznaczają tylko dwie różne odmiany jednej jednostki patologicznej, t. j. dawnego *lichen ruber Hebrae*.

Zdawało się, że odtąd zapanuje pomiędzy autorami w sprawie powyższej najzupełniejsza zgoda, ponieważ szkoła

wiedeńska pogodziła dotychczasowe sprzeczne zapatrywania klinikòw. W nowszych atoli czasach wystąpił Besnier z publikacyą w *Annales de dermatologie*, której przedmiotem był opis dokładny znanej już dawniej choroby skórnej, zwanej *pityriasis rubra pilaris*. Chorobę tę opisał dokładnie w roku 1854 Divergie, jako *morbus sui generis*, ale rzecz dziwna, że aż do ostatnich lat nie znano tej choroby wcale w Niemczech a bardzo mało zresztą poza granicami Francyi. Dokładniejsze wiadomości o tej chorobie posiadamy dopiero od czasów publikacyi Richauda i Brocqua a zwracać uwagę większą w tym względzie poczęto dopiero od czasu pojawienia się prac szczegółowych Boecka, Besniera i Galewskiego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie w *Przeglądzie lekarskim* niniejszego listu, do którego ogłoszenia zniewala mię odpowiedź Dra Janowskiego, zamieszczona w *Przeglądzie lekarskim* z d. 23. b. m.

W liście moim do *Przeglądu lekarskiego* z dnia 13. Lutego b. r. pisałem, co następuje: „Liczba ta (135 J. I.) została stwierdzoną w instytucie Pasteura przez Rekowskiego, który na prośbę Rouxa badał siłę imunizacyjną surowicy francuskiej wobec działania oryginalnej toksyny z Höchst..." „Tę samą liczbę 135 J. I. znaleziono w 1 cm.³ surowicy francuskiej, którą badano w Höchst; dowiedziałem się o tem osobiście od dyrektorów fabryki w Höchst" i t. d. Z przytoczonych słów moich podobało się Drowi Janowskiemu wywieść, iż kwestyę wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych znam tylko „ze słyszenia", stąd zaś obawia się, że „dosłyszałem niedokładnie" i decyduje, „że niezupełnie zdaję sobie z tego wszystkiego sprawę".

W końcu Stycznia roku bieżącego Dr. Rekowski przywiózł z Höchst do Paryża próbki surowicy Behringa Nr. I., Nr. II. i Nr. III. oraz flakon toksyny, jakiej w Höchst używają do określenia siły imunizacyjnej surowicy. W tym samym czasie przygotowywano w Paryżu większą ilość surowicy Rouxa, jaka w najbliższej przyszłości miała być po raz pierwszy puszczoną w handel (wewnętrzny i zagraniczny). Niezwłocznie po przyjeździe swoim do Paryża Dr. Rekowski rozpoczął określenie surowicy francuskiej i niemieckiej względem wspomnianej toksyny za pomocą metody niemieckiej. Surowica francuska, jaka do doświadczeń w tej mierze służyła, była wziętą z tej partyi świeżo przygotowanej surowicy, jaka przeznaczoną była na sprzedaż.

Pracując z Drem Rekowskim w instytucie Pasteura w tem samem laboratoryum (mikrobiologii ogólnej) przy sąsiednich stołach, nietylko byłem świadkiem wszystkich dokonanych przez niego doświadczeń, lecz w większości tych doświadczeń czynny brałem udział, dopomagając Drowi Rekowskiemu w części technicznej jego pracy oraz przeprowadzając z nim razem obliczenia. Protokoły doświadczeń Dra Rekowskiego były dla mnie otwarte a zwierzęta do doświadczeń użyte we wspólnych mieściliśmy klatkach. Po wyczytaniu w *Przeglądzie lekarskim* i *Gazecie lekarskiej* danych sprzecznych a nadto nie mogących być zastósowanemi do surowicy francuskiej w handlu będącej, z wiedzą i z upoważnienia Dra Rekowskiego w liście swoim do *Przegl. lek.* powołałem się na jego doświadczenia, które w szczegółach były mi znane z pewnością nie gorzej, niż Drowi Janowskiemu jego własne.

Jeżeli na drugiem miejscu przytoczyłem to, czegom się dowiedział od dyrektorów fabryki w Höchst, uczyniłem to dlatego, że potwierdzenie wyniku Dra Rekowskiego ze strony bodaj najkompetentniejszej oraz z natury rzeczy w ocenieniu surowicy francuskiej usposobionej raczej nieprzychylnie, uważałem za potwierdzenie arcy poważne.

Dr. Janowski przytacza, „że określenia w rodzaju 133 lub 135 muszą się każdemu, kto te doświadczenia rozumie i robił, wydać bardzo dziwnemi; wahania bowiem w granicach 10 nawet nieraz wcale uchwycić się nie dadzą".

Skala Behringa-Ehrlicha przedstawia się w sposób następujący:

Jeśli działanie 0,4 cm.³ 10 normalnej toksyny jest zniesione przez domieszanie do niej 0,01 cm.³ surowicy, surowica ta posiada *minimum* 10 J. I.

Jeśli i t. d.

0,001 cm.³ surowicy . . . . *minimum* 100 J. I. i t. d.

Czyli:

0,4 cm.³ toksyny + **0,01** cm.³ surowicy . *minimum* **10** J. I.

	0,009		11,1	
	0,008		12,5	
	0,007		14,3	
	0,006		16,6	
	0,005		20	
	0,004		25	
	0,003		33,3	
	0,002		50	
	0,001		**100**	
I wyżej:	0,0009		111,1	
	0,0008	0,00075	125	133,33
	0,0007		143	
	0,0006		166,6	
	0,0005		200	
	0,0004		250	
	0,0003		333,3	
	0,0002		500	
	0,0001		**1000**	

Jeśli świnka, której wstrzyknięto wraz z toksyną 0,0007 surowicy, okazuje objawy chorobowe, świnka zaś, której wstrzyknięto 0,0008 surowicy pozostaje zdrową, wydaje się dość naturalnem wstrzyknąć jeszcze innej śwince wraz z toksyną 0,00075 surowicy. Jeśli zaś ta świnka przy zdrowiu pozostaje, obliczając według skali Behringa-Ehrlicha, czyli dzieląc 1000 przez 7,5, otrzymujemy liczbę 133,33... Wobec tego, że liczba ta nie jest wartością bezwzględną, lecz oznacza pewne *minimum*, postawienie zamiast mej liczby 135 lub pozostanie przy 133 zarówno dobrze w dozwolonem przybliżeniu wartość surowicy określa. Nie potrzebuję chyba dodawać, że przygotowanie mięszaniny toksyny z 0,00075 cm.³ surowicy nie jest trudniejszem od przygotowania mięszaniny toksyny z 0,0017 cm.³ surowicy, z jaką to ilością między innemi operował Dr. Janowski.

Nie będąc upoważnionym do ogłaszania protokołów doświadczeń Dra Rekowskiego, ograniczam się na tem prostem wyliczeniu, z którego wynika, że liczby, o które chodzi, dla ludzi rozumiejących i znających tego rodzaju doświadczenia

nie są „bardzo dziwnemi“, skoro znachodzą się one w samym środku pomiędzy liczbami w skali Behringa-Ehrlicha.

Jako dowód, że surowica francuska zawiera w 1 cm.³ nie 135 ale 60 J. I. przytacza Dr. Janowski tę okoliczność, że w szpitalach paryskich najmniejszą dawką surowicy, jaką stósują, jest 20 cm.³, o czem, według słów Dra Janowskiego „ja zapewne nie słyszałem“.

Jakkolwiek Roux, mówiąc o ilości J. I., potrzebnych do wyleczenia dyfteryi o średniem natężeniu, wyrażał przekonanie, że ilość ta jest 2 razy większą od ilości jaką podaje Behring, czyli 1200 J. I., stoi on na tem zasadniczem stanowisku, że w leczeniu dyfteryi kierowanie się z góry określoną ilością J. I. jest w ogóle niewłaściwem. Opierając się na doświadczeniach własnych i cudzych, z których wynika, że surowica końska jest dla organizmu ludzkiego stosunkowo nieszkodliwą, (n. p. człowiek, leczony w instytucie Pasteura na tężec, zniósł doskonale wstrzyknięcie w sumie przeszło 400 cm.³ surowicy swoistej), poleca Roux raczej przesadzić dawkę surowicy przeciwbłoniczej, niż zastósować zrazu dawkę małą. Dlatego w szpitalach paryskich surowica ta jest stósowaną w dawkach wielkich. Ponieważ jednak zapatrywania Roux'a za granicą nie są obowiązujące, ilość zaś J. I., potrzebnych według Roux'a do wyleczenia dyfteryi, o ile przypadek nie jest ciężki lub zaniedbany, jest zawartą w 10 cm.³ surowicy francuskiej, od czasu wprowadzenia tej surowicy w handel, jest ona pakowaną nietylko w porcyach po 20 cm.³, ale nawet przeważnie po 10 cm.³ i bywa wysyłaną za granicę prawie wyłącznie we flakonach, zawierających po 10 cm.³.

Wobec tej okoliczności, która zdaje się Drowi Janowskiemu nie jest wiadomą, przytoczony przez niego argument upada.

Odpowiedziawszy na wszystkie zarzuty rzeczowe, jakie mi zrobił Dr. Janowski, zwracam tu uwagę na punkt jeden, zdaniem moim, dość zasadniczy.

W liście swoim z dnia 13. Lutego r. b. pisałem, co następuje: „liczby te (200 J. I. i liczba otrzymana przez Dra Janowskiego) nie odpowiadają rzeczywistości, t. j. nie mogą być zastósowane do surowicy francuskiej, jaką od pewnego czasu instytut Pasteura do użytku lekarskiego jedynie oddaje oraz w ciągu najbliższych miesięcy jedynie oddawać będzie.“ W słowach tych wyraziłem, zdaje mi się, dosyć wyraźnie, że liczba Dra Janowskiego a k t u a l n e j wartości nie posiada, gdyż nie może być zastósowaną do surowicy w handlu będącej. Dr. Janowski uznał za właściwe przytoczyć w swym liście w cudzysłowie tylko początek tego zdania bez tłómaczenia, w jakie je zaopatrzyłem, co oczywiście sens przytoczonych słów zmienia w sposób mogący być dla Dra Janowskiego niemiłym.

Jakkolwiek wyraźnie pisałem, że „nie wchodzę n a t e m m i e j s c u w przyczyny“ dla których Dr. Janowski otrzymał liczbę 60, Dr. Janowski przytacza znów w cudzysłowie owo „nie wchodzenie“ z pominięciem jednak podkreślonych wyrazów, co także sens danego zdania zmienia tym razem na moją niekorzyść.

Dalej pozwala sobie Dr. Janowski kłaść w cudzysłów wyrazy („ze słyszenia“), jakich w moim liście wyczytać nie mógł, bo ich tam nie ma.

Z tego wynika, że Dr. Janowski w przytaczaniu słów c u d z y c h n i e z a w s z e b y w a ś c i s ł y m. Muszę jednak przyznać, że n i e t y l k o m o j e s ł o w a ten los spotyka.

W pracy swojej, ogłoszonej w *Odczytach klinicznych* Nr. 72. zaopatrzonej datą 19. Listopada 1894. pisze Dr. Janowski na str. 44.: „W instytucie Pasteura używają n a j c z ę ś c i e j surowicy o sile 1:100000“. „Silniejszą surowicę otrzymać jest bardzo trudno, ale surowicę o sile wymienionej mają podobno p r a w i e z a w s z e“. 2-go Marca 1895. w tej samej kwestyi pisze Dr. Janowski: „Słyszałem w Paryżu, że miewają tam c z a s e m surowicę = $\frac{1}{1000000}$“.

Jeżeli w liście swym do *Przeglądu lekarskiego* z dnia 13. Lutego r. b. nie zastanawiałem się nad przyczynami, dla których Dr. Janowski otrzymał liczbę 60, nie czyniłem tego dla tej prostej przyczyny, że nie uważałem za właściwe występować z krytyką cudzej pracy w liście do Redakcyi, mającym przeznaczenie inne, czysto informacyjne; oświadczyłem to zresztą wyraźnie w wyrazach: „na tem miejscu“. Skoro jednak Dr. Janowski pomawia mię o „dyskretne“ nie wchodzenie w jego pracę, ośmielę się zwrócić jego uwagę na następujące szczegóły:

Według słów Dra Janowskiego (patrz *Odczyty kliniczne* Nr. 72, str. 34.) Aronson prawie zawsze posiada toksynę, której dawka 10-normalna wynosi 0,1 cm.³. Toksyna zaś, otrzymana od tegoż Aronsona i przywieziona do Warszawy przez Dra Janowskiego okazała się 6 razy słabszą. Hodowla laseczników błoniczego, jakiej w Paryżu do określenia siły imunizacyjnej surowicy Martin stale używa, w dawce $\frac{1}{2}$ cm.³ zabija świnkę w ciągu 24 godzin (patrz *Le progres Médical* 1894. Nr. 42.; *Sérumtherapie de la diphtérie. 2° Conférence à l'Institut Pasteur*, le 14. Octobre, par M. Martin). Hodowla zaś, jaką Dr. Janowski do Warszawy przywiózł, zabijała świnkę dopiero po niespełna $2\frac{1}{2}$ dobach (patrz *Gazeta lek.* 1895. Nr. 4.) a więc hodowla ta okazała się także słabszą od używanej w Paryżu.

Określając surowicę francuską i niemiecką sposobem niemieckim, Dr. Janowski stosunkowo słabe działanie posiadanej przez siebie toksyny kompensował przez stosowanie odpowiednio większych dawek. W ocenieniu jednak siły tych surowic niejedną do nich przykładał miarę: w doświadczeniach ze surowicą francuską *(Gazeta lekarska* 1895. str. 82) uważał Dr. Janowski za rozstrzygające takie ilości surowicy, jakie chroniły z u p e ł n i e zwierzęta od działania jadu; wyraz „zupełnie“ Dr. Janowski w tem miejscu podkreśla; w doświadczeniach zaś ze surowicą niemiecką (l. c. str. 83) wystarczały Drowi Janowskiemu ilości surowicy „prawie zupełnie“ chroniące świnki od działania jadu. Dr. Janowski liczb tu nie przytacza.

Określając surowicę francuską i niemiecką sposobem francuskim, operował Dr. Janowski hodowlą znacznie słabszą od tej, jakiej się używa w Instytucie Pasteura. Gdyby był operował hodowlą o należytej jadowitości, byłby otrzymał dla obydwu surowic liczby mniejsze od tych, które podaje. Wówczas surowica niemiecka Nr. I. wypadłaby nie jako $\frac{1}{50000}$ — $\frac{1}{75000}$ w nomenklaturze francuskiej, lecz jako [illegible] — [illegible]. Wówczas nie znaleźlibyśmy prawdopodobnie w pracy Dra Janowskiego tej drobnej zresztą sprzeczności, że jedna i ta sama surowica niemiecka Nr. I. określona sposobem francuskim, posiadała siłę [illegible] albo nieco tylko większą, w każdym razie mniejszą od [illegible] (l. c. str. 83), określona zaś sposobem niemieckim okazała niecałe 60 J. I.,

skoro w odpowiedniej dawce chroniła zwierzę od działania jadu nie zupełnie, a tylko „prawie zupełnie“ (l. c. str. 83).

Posiadana przez Dra Janowskiego surowica francuska byłaby się okazała również słabszą, niż 60 J. I. Tak wielka zaś różnica pomiędzy liczbami, otrzymanemi z jednej strony przez Dra Janowskiego, z drugiej zaś strony ogłaszanemi przez Instytut Pasteura w czasopismach, oraz w dołączanej do każdego flakona surowicy francuskiej *Instruction pour l'emploi du sérum antidiphtérique (Cette activité correspond environ à celle d'un Sérum de 100 à 200 unités immunisantes de M. Ehrlich)* byłaby może naprowadziła Dra Janowskiego na myśl, że surowica francuska, jaką posiadał, była zapewne inną, aniżeli ta, jaka jest w handlu, czyli że otrzymana przez niego liczba aktualnej wartości nie posiada.

W końcu nadmieniam, iż od czasu, w którym zaczęto surowicę francuską sprzedawać, czyli od pierwszej połowy Lutego r. b. Martin określa siłę immunizacyjną otrzymanych partyj surowicy nietylko sposobem francuskim, ale i niemieckim, posługując się w tym celu własną toksyną, zabijającą świnki w dawce 0·1 cm.^{3} w ciągu 48 godzin. Wszystkie surowice, które okazują mniej, niż 100 J. I. są odstawiane na bok i do handlu zupełnie się nie dostają. Surowice zaś, których siła przewyższa 100 J. I., zostają w większych ilościach zmięszane, tak, że niejednostajność różnych flakonów z osobna przez to zostaje wykluczoną. Według obliczeń Martina, surowica francuska w handlu będąca zawierała od początku i zawiera obecnie 130—140 J. I. Doświadczenia Martina w tej mierze są prowadzone w Instytucie Pasteura również publicznie, jak doświadczenia Dra Janowskiego; jakkolwiek Martin nie zapewnia, że przeprowadza doświadczenia swe *lege artis*, sądzę, że trudno o tem wątpić.

Przykro mi niezmiernie, że nadużyłem gościnności Redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, oraz cierpliwości czytelnika, tak długą Drowi Janowskiemu odpisując repliką. Mam nadzieję, że usprawiedliwi mię ciężkość zarzutów, jakie mi zrobiono, oraz chęć odparcia ich w sposób ile można jasny i dokładny a to głównie w tym celu, by polemiki niniejszej dłużej nie przeciągać. Na wszystkie zarzuty rzeczowe zwykłem również rzeczowo odpowiadać. Stanowczo jednak protestuję przeciwko tonowi, jakim Dr. Janowski w liście swym do *Przeglądu lekarskiego* z 2. Marca do mnie czy o mnie przemawia i z góry oświadczam, iż w razie powtórzenia się podobnego sposobu pisania z czyjejkolwiek strony nie będę się trudził odpowiedzią. *Dr. Karol Klecki.*

Paryż, Instytut Pasteura, 31. Marca 1895.

Z przytoczonych wyników widać, że badania stosują się do różnego rodzaju surowicy Roux'a. Kol. Janowski miał surowicę wcześniej i wówczas była ona słabsza, obecnie zaś surowica, którą zbadał kol. Klecki, jest widocznie silniejszą. Wobec tego Redakcya uważa kwestyę za wyczerpaną.

(Przyp. Red.).

VI. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Hirschberg: **O zaćmie warstwowej.**

Zaćma warstwowa zdarza się przeważnie w wieku młodym, częściej u chłopców niż u dziewcząt i jest z małymi wyjątkami obustronną. Najczęściej napotyka się ją w wieku od 5 do 15 lat, rzadziej już od 1 do 5 i od 15 do 25 lat; powyżej zaś lat 25 zdarza się tylko sporadycznie.

Jeżeli oko z zaćmą warstwową posiada bystrość wzroku = $^1/_3$ lub $^1/_2$, to najlepiej zrobi lekarz, jeśli zachowa się zupełnie biernie i żadnego rękoczynu dla polepszenia bystrości wzroku nie przedsięweźmie, gdyż lepszą bystrość wzroku zapomocą operacyi zaćmy rzadko osięgnąć można.

W przypadkach zaćmy małej radził Graefe wykonywać irydektomię optyczną. Przeciwko temu zdaniu wystąpił Horner, zalecając discysyę. Autor także nie jest zwolennikiem irydektomii, gdyż zdaniem jego zabieg ten bardzo rzadko polepsza bystrość wzroku, a to dlatego, że soczewka łamie swą przybrzeżną częścią światło jeszcze nieregularniej, niż odpowiednie miejsce rogówki a choćby i obrazek tworzący się na siatkówce był dokładny, to wynik optyczny zostaje bardzo zmniejszony przez olśnienie, jakie sprawia zaćmiona część soczewki, rozpraszając światło po całej siatkówce, skutkiem czego obrazek choćby i dokładny nie dość ostro odgranicza się od otoczenia. Prócz tego oczy z zaćmą warstwową są nader często niedomiarowe. Stopień tej wady ani przedmiotowo ani podmiotowo dokładnie nie da się oznaczyć właśnie z powodu zaćmienia soczewki. Wzrok krótki staje się coraz krótszym i jedynie wydobycie soczewki może, zdaniem autora, postęp dalszy powstrzymać.

Przed operacyą należy dokładnie oznaczyć bystrość wzroku tak przy wąskiej jak i szerokiej źrenicy i otworkiem stenopeicznym, gdyż takie badanie może nam wskazać co chory przez operacyą uzyskać może.

Jeżeli zaćmienie jest mocne i wzrok znacznie upośledza, należy soczewkę z oka usunąć. U dzieci najlepiej za pomocą dyscysyi, zanim jednakże korzyść z operacyi będzie widoczną, upłynąć może nawet i 6 miesięcy. Tak długo bowiem trwać może wsysanie się soczewki.

Nie należy równocześnie operować na obu oczach, ale po wykonaniu operacyi na jednem oku czekać, póki znaczniejsze polepszenie się bystrości wzroku na tem oku nie nastąpi. Należy także pamiętać, że jeśli oko zezuje, to wynik operacyjny będzie bardzo nieznaczny.

Jeśli pacyent jest rozsądny (u starszych), to soczewkę można wydobyć za pomocą cięcia płatowego bez wycięcia tęczówki. Soczewka występuje cała bez trudności. H. zestawia wyniki operacyjne wszystkich przypadków przez siebie operowanych i przychodzi do przekonania, że dobre wyniki uzyskać można tylko za pomocą dyscysyi lub ekstrakcyi, o wiele mniej korzystne są wyniki po indektomii. *(Centralblatt fur Augenheilkunde*, Marzec 1895).

Dr. Brudzewski.

Chirurgia.

O. Ostermayer: **Przyczynek do wiadomości o zranieniach pęcherza moczowego podczas herniotomii.**

Że dawniej tak mało słyszeliśmy o tego rodzaju zranieniach i w ogóle o tak częstem pojawianiu się pęcherza moczowego w przepuklinach, jak to wynika z pracy Lejarsa (*Revue d. Chir.* 1893), w której tenże aż 27 przypadków z 20-ma obrażeniami zestawił a do których Ostermayer dodaje jeszcze dalszych 11 z 4-ma zranieniami, pochodzi ztąd, iż obecnie od czasów antyseptyki i wprowadzenia lepszych metod operacyjnych w radykalnem leczeniu przepuklin o wiele częściej przepukliny w ogóle operujemy a nadto sposób operowania doznał zasadniczej zmiany; gdy bowiem dawniej worek przepuklinowy tylko po prostu nacinano, wyjmujemy go dzisiaj doszczętnie.

Dlatego też wiadomość o tego rodzaju i to nie rzadko pojawiającej się komplikacyi jest dla dzisiejszych operatorów wielkiego znaczenia.

Wyjątkowo tylko udało się rozpoznać przed operacyą, że pęcherz znajduje się w przepuklinie, lecz co ciekawsza rzecz to, że nie rozpoznano go podczas operacyi a tem samem nieraz nacięto. Na szczęście tylko w 7-miu przypadkach na-

stąpiła śmierć i to tylko w 4-ch jako bezpośrednie następstwo obrażenia pęcherza.

Dla zapobieżenia takim niespodziankom podaje autor, że w kierunku ku wewnątrz i tyłowi od górnej części worka przepuklinowego znajduje się w przypadkach wypadnięcia pęcherza (*cystocele*) jakby ostrzegający tłuszcz, charakterycznie jasno-żółtego (cytrynowego) koloru i w płatkach odróżniających go od zwykłego tłuszczu podskórnego. Tylko wyjątkowo była ściana pęcherza zrosła z workiem przepuklinowym a w tych przypadkach zwrócić winny uwagę operatora na grożące niebezpieczeństwo niezwykle zbite i trudne do oddzielenia zrosty. (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*. Tom XXXIX. 1 i 2). *Obaliński.*

Choroby umysłowe.

R. Krafft-Ebing: **O szerzeniu się porażenia postępowego ze względu na czynniki społeczne.**

Na podstawie wielkiego materyału statystycznego wykazuje autor, że liczba przypadków porażenia postępowego powiększa się i to powiększa procentowo na koszt innych chorób umysłowych, osobliwie dobrotliwych, następnie, że porażenie postępowe pojawia się teraz częściej we wcześniejszym wieku życia i u kobiet, niż to było dawniej. Przyczyny tego dopatruje się w teraźniejszych stosunkach społecznych, które wpłynęły także i na zmianę stanowiska kobiety. W wyższych sferach społecznych wszakże kobiety rzadko cierpią na porażenie postępowe. Daty statystyczne zakładu obłąkanych w Aix w Algierze dowodzą, iż ludy przedtem wolne od przerzeczonej choroby, jak Arabowie z postępem zmiany trybu życia i cywilizacyi choroby tej dostają coraz częściej. Również to pewne, że ludność miejska częściej cierpi na porażenie postępowe, niż wiejska. Warstwy społeczne wystawione więcej niż inne na niebezpieczeństwo nabawienia się kiły, częściej też okazują porażenie postępowe. Natomiast nie można wykazać wpływu nadużywania alkoholu na powstawanie porażenia postępowego. (*Jahrbucher fur Psychiatrie und Neurologie*. Tom XIII. 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

51. I. Grundzach (w Warszawie): Wskazania do piloroplastyki, pilorektomii i gastroenterostomii. Autor zadawszy sobie pytanie, kiedy należy odstąpić od leczenia wewnętrznego a zasięgnąć zdania operatora, odpowiada na nie tak:

Pierwszem i głównem wskazaniem do operacyj na żołądku jest jego rozszerzenie (*dilatatio*) tak pierwotne, jak i następowe.

Co do pierwotnego rozszerzenia żołądka, możemy w znacznej liczbie przypadków wyłączyć zwężenie odźwiernika jako jego przyczynę, której natomiast mamy szukać w zboczeniach bądź innerwacyi, bądź odżywiania ogólnego, względnie odżywiania warstwy mięśnej żołądka (w rekonwalescencyi po ciężkich chorobach, długiem nadużywaniu pokarmów i napojów, przewlekłym nieżycie żołądka). Przeciwnie jak Bouchard, nazywa autor rozszerzeniem żołądka stan tego organu, w którym rano na czczo znajdują się niestrawione lub gnijące z poprzedniego dnia pokarmy, które przeto za długo tam przebywają, stan, w którym w 3—4 tygodni po śniadaniu próbnem Ewalda a w 8—10 godzin po śniadaniu próbnem Riegla znajdują się w żołądku niestrawione reszty pokarmów. Rozszerzenie żołądka jestto dla klinika po prostu niedomoga ruchowa znacznego stopnia (*insufficientia motoria majoris gradus*). Do tej niedomogi liczyćby także należało sprawy chorobowe, w których żołądek jest nieznacznie lub nawet całkiem nie rozszerzony, w których jednak z rana znajdują się w żołądku pokarmy niestrawione z dnia poprzedniego.

Co do rozpoznania rozszerzenia żołądka, nadmienia autor, że pluskanie dające się wywołać przez opukiwanie i wstrząsanie ścian brzusznych nie jest bynajmniej pewnym znakiem rozszerzenia żołądka, bo pochodzić może z rozszerzonej okrężnicy poprzecznej a w czczym żołądku od żółci, śluzu lub soku żołądkowego. Oczywiście, że wymioty na czczo, powtarzające się często i wyrzucające niestrawione resztki pokarmów mają to samo znaczenie, co wykrycie niestrawionych pokarmów za pomocą zgłębnika, oczywiście, jeżeli można wykluczyć duży uchyłek (*diverticulum oesophagi*) gardzieli.

Otóż wskazaniami do operacyi w rozszerzeniu pierwotnem żołądka są: trwanie choroby całemi latami, nieskuteczność wszelkiej terapii wewnętrznej, niebezpieczeństwo dla ustroju z działania trującego wytworów kiśnienia nieprawidłowego i gnicia w żołądku, upadek ogólny odżywienia ustroju.

W przypadkach, w których nie ma tych objawów, nikt nie będzie myślał o operacyi.

Do operacyi w pierwotnem rozszerzeniu żołądka nadają się dwie metody: 1) utworzenie fałdu równoległego do osi żołądka na wewnątrz lub pod kątem do tej osi, jak to zrobił Bircher z dobrym skutkiem w trzech przypadkach; taki fałd nie przeszkadza czynności żołądka a może nawet po niejakim czasie popaść w zanik; 2) gastroenterostomia, czyli utworzenie przetoki żołądkojelitowej, która ma tę dobrą stronę, że oszczędza chory narząd, za to drugi, t. j. jelito pobudza do czynności energicznej, czego nie ma w operacyi sposobem Birchera.

Rozszerzenie żołądka następowe jest ważnem wskazaniem do operacyi a z wyjątkiem przypadków lekkich, powstałych ze zwężenia odźwiernika skutkiem przerostu warstwy mięsnej lub nacieku w ścianach, w których środkami wewnętrznemi i dyetetycznemi, przepłukiwaniem i t. d. można stan chorych do pewnego stopnia poprawić lub przynajmniej uczynić znośnym, możemy w ogólności powiedzieć, że rozszerzenie tego rodzaju stanowi najczęstsze wskazanie do operacyi. Tutaj to należą przypadki blizny po wrzodzie okrągłym żołądka, złośliwych guzów w odźwierniku lub dwunastnicy, zagięcia odźwiernika pod kątem, unieruchomienia skutkiem zrostów z narządami sąsiedniemi, ucisku ze strony przez obrzmienie w częściach sąsiednich, skurczenia się lub przerostu odźwiernika wskutek zboczeń czynnościowych i t. d.

W przypadkach takich nie godzi się tracić czasu na próbowanie środków wewnętrznych, które tu nic a nic pomódz nie zdołają, lecz uciec się trzeba do operacyi, ale jakiej?

Hacker sądzi, że w zwężeniach skutkiem blizn odpowiedniejsza jest garstroenterostomia, niż resekcya, jeżeli ta napotyka na trudności, n. p. zrosty z trzustką i t. p. Jeżeli zrosty są przyczyną zwężenia lub zagięcia, radzi Hacker przeciąć je, co atoli, jak tego dowodzi przypadek Puławskiego, da się zrobić tylko z zachowaniem pewnych ostrożności, gdyż zrosty mogą powstać przez przyczepienie się dna wrzodu do sąsiedztwa. Piloroplastyka sposobem Heineckego-Mikulicza wskazana jest w razie zwężenia odźwiernika przez małą i wąską bliznę, zresztą ruchomego. Jeżeli guz jest ruchomy a natura jego nieznana, najodpowiedniejszą jest resekcya.

Następnie wskazaniem do operacyi są złośliwe guzy odźwiernika i zagięcia większego (*curvatura major*). Wczesne ich rozpoznanie, jakkolwiek bynajmniej nie łatwe, jest nadzwyczaj ważne; im wcześniej bowiem operuje się, tem lepsze ma się rezultaty. Znane są przypadki, w których po resekcyi odźwiernika z przyczyny raka chorzy żyli po 5 lat i dłużej; w przypadkach nie tak pomyślnych udało się przynajmniej życie przedłużyć i złagodzić cierpienia. Wskazanie do stósownych w takich razach operacyj, resekcyi i założenia przetoki znają dobrze chirurdzy.

Dalej wskazaniem do operacyi jest według Rydygiera wrzód przewlekły żołądka. Jeżeli mimo wszelkiego leczenia wrzód nie goi się lub zagoiwszy, znowu odnawia, jeżeli powstają nowe wrzody, jeżeli siły podupadają, należy przystąpić do operacyi. W takich razach najlepiej wykroić część chora żołądka, lub (w niektórych przypadkach według Hackera) założyć przetokę.

Nakoniec wskazaniem do operacyi mogłoby być zdaniem własnem autora ciągłe, nadmierne wydzielanie się (*hypersecretio*) soku żołądkowego obok rozszerzenia żołądka z upo-

śledzeniem wchłaniania, ciągłem a znacznem zadrażnieniem błony śluzowej i zwrotnem a stałem zwężeniem się odźwiernika; również nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego obok wrzodu a ztąd gwałtownych bólów, krwotoków, jeżeli wszelkie leczenie wewnętrzne i dyetetyczne pozostaje bez skutku.

Co do skutków operacyj na żołądku, to według statystyki Billrotha, nastaje wyleczenie w 50% przypadków dobrotliwych; obecnie % ten dochodzi według Dunina do 65 i 70 a będzie jeszcze większy, jeżeli chorobę rozpoznawać się będzie wcześniej i jeszcze lepiej operować. *(Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

52. G. Singer (w Wiedniu): O żywieniu przez odbytnicę *(rectum)*. Zdaniem autora żywienie przez odbytnicę zasługuje na częstsze, niż dotychczas zastosowanie praktyczne. Pomijając już wrzód żołądka, w którym jest przedewszystkiem wskazane, osobliwie w pierwszych 4—8 dniach po wymiotach krwawych, ma ono czasami bardzo wielkie znaczenie tak w ciężkich przypadkach rozszerzenia żołądka, jak i w niektórych nerwicach tego narządu. Nawet w przebiegu duru brzusznego okazało się autorowi zbawiennem odżywianie chorych przez odbytnicę obok żywienia zwykłą drogą.

Lawatywa odżywiająca nie powinna nigdy przekraczać objętości $^1/_4$ litra (czyli wagi około 250 gramów). Najpraktyczniej składać się ona winna ze 125 gramów mleka, tyluż wina, dwóch żółtek jajecznych i łyżeczki od kawy peptonu, tudzież trochy cukru i soli. Dziennie powinno się dawać takich lawatyw 3—4 a po nich założyć czopek z odpowiednią ilością wyciągu wodnego makowca *(extum opii aquosum)*. Jeżeli odbytnica jest bardzo drażliwa i lawatywę wyrzuca, dobrze jest dodać do lawatywy 8—10 kropel nastoju makowca.

Nakoniec przekonał się autor, że lawatywy z wina i naparu herbaty są bardzo dobrym środkiem przeciw zapadowi w chorobach ostrych, mianowicie wtedy, gdy z jakiegobądź powodu nie można podać zwykłym sposobem napojów wyskokowych.

53. E. Finger (w Wiedniu): Leczenie zapalenia rtęciowego jamy ustnej *(stomatitis mercurialis)*. Autor zaleca następujące przepisy:

a) Rp. *Acidi carbolici* 1·50
Spiritus vini
Aquae destil. aa 75·00

MDS. Płukać usta mieszaniną tego płynu z wodą w stosunku łyżeczki od kawy płynu na szklankę wody.

lub:

b) *Kreosoti fagini* 10·00
Spiritus vini
Aquae destil. aa 100·00
MDS. Jak poprzednio.

Również można dotykać się dziąseł i błony śluzowej policzków pędzelkiem napojonym:

c) *Ttrae gallarum*
Ttrae ratanhiae aa 30·00

Jeżeli zaś dziąsła są bardzo rozpulchnione, można je pomazywać mięszaniną jedną z następujących:

d) *Olei juniperi empyreumatici*
Spiritus vini aa 10·00
Ttrae opii 2·00
MDS. Zewnętrznie.

lub:

e) *Tannini* 3·00
Glycerini 6·00
MDS. Zamięszawszy używać zewnętrznie.

(La semaine medicale 17. Kwietnia 1895).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 5. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 25. a jako gość kol. Kammerling z Abbazyi.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia dwie chore ze zmianami kiłowemi pierwotnemi na sutkach. U jednej jest po kilka owrzodzeń na obu sutkach, u drugiej trzy owrzodzenia na prawym sutku i takie samo owrzodzenie na grzbiecie ręki prawej, na skórze *metacarpus indicis*. Czy owrzodzenie na ręce powstało równocześnie z owrzodzeniami na piersi, chora dokładnie podać nie umie. Mówca zwraca uwagę na częstość zarażeń skutkiem karmienia dzieci kiłowych. W statystyce ekstragenitalnych zarażeń te przypadki znacznie częstością swą górują ponad inne.

W dyskusyi zabierali głos koll. Obtułowicz, Ulma i Barącz, który wspomina o przypadku pierwotnego wrzodu twardego palca u dentysty. Zarażenie nastąpiło przy plombowaniu zębów chorego dotkniętego wtórorzędnemi zmianami kiłowemi. Kol. B. poleca zachowanie ostrożności przy badaniu jamy ustnej. Kol. B. miał również chorego dotkniętego wrzodem miękkim fagedenicznym palca; chory przeszczepił sobie wrzód miękki, opatrując bez przestrzegania zasad czystości swój wrzód miękki na częściach płciowych. Kol. B. zapytuje się prymaryusza Dra Świątkiewicza, czy w swoim oddziale nie spostrzegał również wrzodu miękkiego poza częściami płciowemi. Ś. takiego przypadku, gdzieby wrzód miękki pierwotnie poza częściami płciowemi powstał, nie zna, widział jednak kilka przypadków, gdzie chorzy na wrzód miękki części płciowych przeszczepiali go sobie bądź to na uda bądź też na palce. (Streszczenie własne).

3) Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego promienicą szyi; przypadek ciekawy pod trojakim względem: 1) ze względu na sposób powstania sprawy chorobowej, 2) ponieważ sprawa chorobowa okazuje wędrowanie, 3) ze względu na zastosowane leczenie.

Chory, ukończony medyk, zeznaje, że początek choroby datuje się od czasu spożycia jabłek zapakowanych w plewach. Przy jedzeniu jabłka ugrzęzło mu coś w podniebieniu; ból kilkudniowy w podniebieniu. W tydzień po tem coraz bardziej zwiększający się szczękościsk, trwający 2 tygodnie. Po ustąpieniu jego obrzęk okolicy kąta szczęki, obniżający się powoli ku dołowi na szyję. Przy badaniu charakterystyczny dla promienicy obrzęk szyi; przy przecięciu jego *actinomyces*. Operacya doszczętna w narkozie chloroformowej nie odniosła skutku; powstanie nowych ognisk w tylnym zakresie rany. Wewnętrzne podawanie jodku potasu. Zmniejszanie się jednak bardzo powolne obrzęku. Chory wyżył dotąd 54 grm. jodku potasu.

Kol. B. zdaje sprawę z dotychczasowych wyników zastosowania jodku potasu u zwierząt i u ludzi w promienicy i sądzi, że w ciężkich postaciach tej choroby (osobliwie wobec promienicy klatki piersiowej), należałoby się spodziewać przy tem leczeniu lepszych wyników, aniżeli przy leczeniu wyczekującem lub czysto chirurgicznem. Według Nettera jodek potasu nie zabija grzybka promieniczego, tylko czyni tkanki ustroju odpornemi na jego działanie, gdyż hodowle udają się na żelatynie zaprawionej jodkiem potasu.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wehr i prelegent. (Streszczenie własne).

4) Kol. Szpilman okazał nadesłaną sobie do dyspozycyi przez instytut Pasteura surowicę antydyfterytyczną wyrobu Dra Roux'a, którą dla doświadczeń w szpitalu św. Zofii oddał Drowi Merczyńskiemu. Streściwszy instrukcyą dołączoną do tej przesyłki co do sposobu stosowania, wielkości dawek i t. d. zauważył, że surowica ta jest silniejszą od Nra II. Behringa a ma tę wyższość nad ostatnią, że nie zawiera karbolu, ale kamforę i że flakoniki z surowicą francuską są ściśle antyseptycznie zamknięte, gdy tymczasem surowica Behringa bywa w słoikach, zwykłym korkiem zatkanych rozsyłaną.

W końcu nadmienił Dr. J. S., że imunizowanie dwóch koni stojących w szkole weterynaryi już znacznie postąpiło i że w ciągu Maja b. r.

zaprosi Szanownych Kolegów do zakładu dla demonstracyi wyrobu toksyny, sposobu imunizowania tych koni, jakoteż i innych zwierząt szczepionych ochronnie przeciw wąglikowi i t. d. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Krokiewicz wspomina, że i w Wiedniu idąc za przykładem Dra Roux'a dodawano kamfory a nie karbolu. W sprawie samej imunizacyi nadmienia mówca, że niektóre konie nie znoszą toksyny i czasem już po jednym gramie giną. U tych, które próby szczęśliwie przebyły, surowica powoli siłę imunizacyjną z czasem traciła; trzeba je było po każdym krwi upuście dalej imunizować.

Kol. Merczyński stwierdza, że śmiertelność z błonicy niezawodnie się zmniejszyła. Procent jej w ostatnich 10 latach wynosił 50 do 70; teraz przy użyciu surowicy przeciwbłoniczej (w 60 przypadkach) 25 wynosi. Do 24 godzin po wstrzyknięciu surowicy sprawa się ogranicza a po 48 godzinach błony się oddzielają. U małych dzieci, gdzie sprawa w oskrzelach, w kilkanaście godzin po zastrzyknięciu występować zwykła duszność i sprowadzać śmierć.

Kol. Stroynowski zwraca uwagę, że kongres monachijski dochodzi obecnie niemal do tych samych wniosków, jakie już w Grudniu r. b. kolega Merczyński na jednem z posiedzeń sekcyi lwowskiej wypowiedział.

Kol. Wehr zapytuje się, czy bywa potrzebną i czy była robioną kiedy tracheotomia obok zastrzykiwań.

Kol. Merczyński odpowiada, że u starszych dzieci daje ona dobre wyniki, u małych jednak, zwłaszcza jeżli duszność stała, jeżli krup w oskrzelach, nie można się po niej niczego spodziewać.

Kol. Schram nabrał tego przekonania, że przy użyciu surowicy znacznie rzadziej zachodzić będzie potrzeba tracheotomii i że można z wykonaniem jej dłużej zwlekać. W ogóle mówca rokuje przyszłość temu leczeniu. (Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. Kwietnia 1895 r.

— Piąte ogólne zebranie **Izby lekarskiej w Krakowie** odbędzie się w sobotę 4. Maja 1895. o godz. 5. po południu w lokalu Izby (Kraków, ulica św. Krzyża 7.), na którem obok zamknięcia rachunków za r. 1893. i 1894. i udzielania absolutoryum Wydziałowi, przyjdzie pod naradę kilka ważniejszych spraw, tyczących się stanu lekarskiego.

— Wiadomo, iż mleko jest znakomitą pożywką dla bakteryj, które w niem mnożą się z nadzwyczajną szybkością. Według poszukiwań Freudenreicha, dyrektora pracowni bakteryologicznej w Bernie szwajcarskim, mleko, które w chwili dojenia zawierało 9000 bakteryj w centymetrze sześciennym, zawierało ich w ciepłocie 15° z końcem 7. godziny 60000, po upływie zaś 25 godzin 5000000; w temperaturze między 23 a 25° liczba bakteryj po upływie 25 godzin doszła do 812500000.

— Na porządku dziennym piątego międzynarodowego kongresu otologicznego mającego odbyć się w roku bieżącym od 23. do 26. Września we Florencyi, jak donieśliśmy już dawniej, znajdują się następujące kwestye naukowe: 1) Leczenie ropni wśródczaszkowych w skutek spraw ropnych w uchu (sprawozdawcą T. Barr z Glasgowa). 2) Leczenie ogólne w chorobach usznych (sprawozd. Gellé z Paryża). 3) Leczenie ogólne w zapaleniu ucha wewnętrznego (sprawozd. Gradenigo z Turynu). 4) Zmiany patologiczne w błędniku (sprawozd. Politzer z Wiednia). 5) Fizyologia ucha środkowego (sprawozd. Secchi z Bolonii).

— Dr. Józef Wernicki, lekarz i były poseł sejmowy mianowany dyrektorem filii galic. banku hipotecznego w Krakowie.

— Dr. Józef Kołaczkowski, znany lekarz, ordynujący od kilkunastu lat w Szczawnicy, wydał broszurę pod tytułem: *Zakład wodoleczniczy w Szczawnicy na Miedziusiu z pensyonatem* zawierającą bardzo dokładny opis tego zakładu i wszelkie skazówki dla udających się do niego o pomoc. Dwie bardzo udatne ryciny i nader staranne pod względem typograficznym wydanie dopełniają w sposób przyjemny całości.

— Jeneralny sekretarz XI. międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie w roku zeszłym odbytego, prof. Dr. E. Maragliano w Genui (*Instituto di clinica medica*) uprasza tych członków kongresu, którzy zmienili swe miejsce pobytu, by mu podali swój teraźniejszy adres celem wysłania im drugiego tomu rozpraw rzeczonego kongresu.

— Z urzędowych dat statystycznych wypada, iż w ostatnich 10 latach (1883—1893) stosunki sanitarne w monarchii austryackiej poprawiły się znacznie; i tak gdy w roku 1873 zmarło 39.5‰ ludności a i w latach następnych do 1883 śmiertelność rzadko zmniejszała się poniżej 30‰, zeszła taż śmiertelność w roku 1892 do 28.8 a w roku 1893 do 27·7‰. Sama nawet cholera nie wpłynęła istotnie na te liczby. Gdy przed laty 10 choroby zakaźne przyczyniły się 21% do ogólnej śmiertelności, przypada teraz na nie tylko 15%. W roku 1882 umarło z 10000 ludzi 64 na choroby zakaźne, w roku 1883 tylko 53, w latach następnych od 44 do 47 a w roku 1893 tylko 37 osób.

Ta poprawa stosunków sanitarnych idzie w parze z rozwojem odpowiednich urządzeń lekarskich, mianowicie w walce z chorobami zakaźnemi i oszczędziła w pięciu latach ostatnich życia 252000 osobom.

— **Potrzebny lekarz** w mieście Zyzmorach, gubernii wileńskiej. Zgłaszać się można listownie do aptekarza miejscowego, p. H. Bortkiewicza.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Charkowie w dniu 13. b. m. w 76. roku życia Dr. **Władysław Frankowski**, urodzony w powiecie mozyrskim, uczeń b. Akademii wileńskiej a następnie Uniwersytetu charkowskiego, b. ordynator tamtejszej kliniki chorób wewnętrznych, obywatel honorowy Charkowa, powoływany od roku 1867. ciągle na urząd sędziego pokoju, inicyator założenia w tem mieście szpitala dla dzieci, wielki dobroczyńca ubogich i ztąd ich przyjacielem zwany, lekarz cieszący się nadzwyczajnem wzięciem u chorych a poważaniem u ludności. Pogrzeb odbył się przy wielkim udziale reprezentantów władz i publiczności a dla uczczenia pamięci zmarłego mają być utworzone stypendya i fundacye dobroczynne. — W Piotrkowie dnia 13 b. m. w 66. roku życia Dr. **Maryan Wygrzywalski**, lekarz powszechnym otaczany szacunkiem. — W Lublinie w dniu 20. b. m. w 31. roku życia Dr. **Józef Weintraub**, lekarz dawniej w Izbicy w gubernii kaliskiej praktykujący. — W dniu 24. b. m. w 79. roku życia w Lipsku słynny fizyolog niemiecki **Karol Ludwig**, profesor naprzód w Marburgu, potem w Zurychu, następnie od roku 1855. do 1865. w Wiedniu (w nieistniejącym już teraz Józefinum), nakoniec w Lipsku, autor cennego dzieła *Lehrbuch der Physiologie des Menschen.*

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 16-tym. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. M. Zweigbaum: O torbielach pochwy (ciąg dalszy). N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis.* Pasożyt chorobotwórczy dla ryb. A. Puławski: Dwa ropnie w substancyi białej mózgu w przebiegu suchot płucnych. — W *Medycynie* Nrze 16-tym. W. Palmirski i W. Orłowski: Badanie porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa, Aronsona, Roux, krakowskiej i warszawskiej. S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. — W *Przewodniku higienicznym*, Zeszycie za Kwiecień. F. Sroczyński: Wzrok i okulary. Pogadanka higieniczna.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 1. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. prof. Rydygier: *O splenopeksyi*; 2) kol. Schwarz: *Przyczynek do statystyki chorób wenerycznych w Krakowie z ostatnich lat pięciu.*

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. C. w W. List otrzymaliśmy i dziękujemy za pamięć. Zrobimy zeń użytek dopiero później. W celu bliższego porozumienia się prosimy o dokładny adres.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 4. Maja 1895 r. Nr. 18.

Redakcya:
Przy ulicy Barszczowskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

†

Prof. Dr. Lucyan Rydel.

Z grona mężów, którzy między 1860—1870 r. weszli w skład naszego wydziału lekarskiego, aby weń wlać nowe soki i wszczepić nowe prądy z wartkiego koryta wiedzy lekarskiej, ubył znów jeden. Zmarł prof. Dr. L. **Rydel**. Ciężkie zapalenie płuc po kilku dniach choroby wyrwało go z pośród nas niemal nagle dnia 27. Kwietnia b. r. w pełnym toku pracy zawodowej. Z dniem tym zamknął się jeden zaszczytny okres nietylko w kronice naszego wydziału lekarskiego, ale w dziejach polskiej nauki lekarskiej w ogóle. W młodym dorobku okulistyki polskiej powstała dotkliwa szczerba.

Ś. p. prof. **Lucyan Rydel** urodził się w Strzelcach Wielkich, wsi powiatu bocheńskiego w r. 1833. Ukończywszy z odznaczeniem nauki gimnazyalne w Tarnowie, poświęcił się studyom lekarskim, które po roku pobytu w Uniwersytecie Jagiellońskim, odbył we wszechnicy wiedeńskiej. W r. 1859. uzyskał stopień doktora medycyny, w dwa lata później i chirurgii. Ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich pociągała go najbardziej okulistyka, świetnie naówczas reprezentowana w szkole wiedeńskiej przez Arlta; roku 1859. widzimy go też w klinice znakomitego operatora, zrazu jako praktykanta, w roku 1862. jako drugiego a w r. 1862. jako pierwszego asystenta. Na tem ostatniem stanowisku pozostawał do Lipca 1866. roku kolegując z Drem O. Beckerem, który później zasłynął jako profesor okulistyki w Uniwersytecie heidelbergskim. Czasy spędzone pod bokiem wielkiego mistrza wspominał ś. p. prof. **Rydel** zawsze z rozrzewnieniem. Promień gieniuszu Arlta nietylko olśniewał, ale i grzał zarazem.

Dobrze już zaprawiony w swej sztuce habilituje się ś. p. **Rydel** roku 1866. jako docent okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. Okulistyka „urzędowa" ówczesnej kliniki krakowskiej trąciła już dobrze myszką; to też młody docent znalazł odrazu szerokie pole działania, acz zrazu wśród trochę trudnych, jak to bywa, oko-

liczności. W roku 1870. w Październiku objął już jako profesor zwyczajny klinikę okulistyczna. Klinikę trzeba było właściwie dopiero stwarzać, to bowiem, co dotąd istniało, miało tylko jej nazwę. Usiłowaniom nowego profesora udało się wreszcie wykołatać przyzwoitsze pomieszczenie dla zakładu, które choć nie zadawalające już ówczesnych wymagań higieny i potrzeb kliniki nowożytnej, przecie pozwalało rozwinąć się pracy naukowej. W tych trudnych stosunkach, ze skromną nad wyraz dotacyą na potrzeby zakładu, pracował ś. p. prof. **Rydel** aż do ostatnich dni życia, pocieszając się myślą, że już w niedługim czasie w nowo mającym się budować zakładzie klinicznym znajdzie więcej miejsca do rozszerzenia zakresu swej pracy. Nie było mu jednak danem widzieć owoców swych starań.

Niedostatki w zewnętrznych stosunkach zakładu równoważyło w dwójnasób pewne, charakterystyczne zacięcie i werwa pedagogiczna zmarłego profesora. Wykładał nietylko z biernego poczucia obowiązku, ale z widocznem przejęciem się i zamiłowaniem. Wykład to był jędrny, ścisły i dokładny aż do drobiazgowości w korzystnem znaczeniu tego wyrazu. Ubierał go w słowa proste, jasne, uderzające często lapidarnem obrazowaniem. Języka, którego używał, mógł mu pod względem czystości pozazdrościć niejeden urzędowy znawca klasycznej polszczyzny. Z tem wszystkiem ta cześć dla języka rodzinnego nie wyrodziła się u niego w przesadny puryzm, który często nie chce zrozumieć, że język, jako twór żywy, musi się naginać i do nowych pojęć, które prąd życia i rozwój nauki ze sobą przynosi.

Kierunek naukowy, jaki nadał prowadzonej przez siebie szkole, zmierzał przedewszystkiem do celów praktycznych. Była to szkoła ścisłej i dokładnej obserwacyi, wyzyskiwania i chwytania w lot wszelkich nabytków dyagnostycznych i leczniczych, tudzież wirtuoztwo i iście Arltowska elegancya w technice. Operacya katarakty była jego ulubionym terenem; jej też poświęcił jednę z obszerniejszych swych prac: „Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego". *Przegl. lek.* 1889 r.). Po za tym ulubionym przedmiotem, który poruszał też w ogłaszanych przez siebie lub swych asystentów sprawozdaniach z swej kliniki, dotykał czasem i zagadnień teoretycznych, jak n. p. wyjaśnienia na mocy praw fizycznych charakterystycznego typu ścieśnienia pola widzenia w jaskrze, które do dziś dnia jest jedynem racyonalnem wytłómaczeniem kwestyi. (Rocznik Tow. nauk. krak. Tom XIX. 1870, tudzież po niemiecku w *Archiv für Ophthalmologie* 1872. XVIII). Ogół prac ogłoszonych drukiem tak z czasów wiedeńskich jak krakowskich, podajemy na końcu tego wspomnienia.

Posiew, rzucany na niwie pedagogicznej przez ś. p. prof. **Rydla** przez blisko ćwierć wieku, nie poszedł na marne. Z asystentów zmarłego profesora, którzy mu chętnie i długo służyli, powstał zastęp specyalistów, jakich poprzód w kraju nie było, a którzy z chlubą noszą nazwisko byłych uczniów ś. p. prof. **Rydla**. Twardym bywał w wymaganiach swoich zmarły, ale za to poszczycić się dziś może Galicya, że w żadnym kraju w Austryi może całej, ogół lekarzy ogólnie praktykujących nie posiada w tym stopniu propedeutyki okulistycznej, co u nas. Ubogi nasz kraj, obfitujący, jak mało który inny, w jaglicę, która jest prawdziwą plagą naszej biedniejszej ludności, winien za to wdzięczność przezornemu profesorowi, że te masy nieszczęśliwych nawet w zapadłym kącie kraju znajdą rzeczywistą i zręczną pomoc.

Nie sposób mówić o prof. **Rydlu**, nie wspomniawszy o człowieku. Był to człowiek z jednego odlewu. Na pozór szorstki i nieprzystępny, w gruncie rzeczy miał naturę prostą i niezłożoną, jak u dziecka. Tam jednak, gdzie widział zagrożoną słuszną sprawę, umiał być hartownym jak stal. Stałość przekonań nakazywała go szanować nawet przeciwnikom. W kołach wiedeńskich, w których się obracał, zachowała się dotychczas jeszcze tradycya *„des ritterlichen Polen"*. Miał jednak jednę „wadę": losem powierzonych sobie chorych przejmywał się więcej, niż względami na własne zdrowie. Ta wrodzona wrażliwość przy wyczerpującym system nerwowy zawodzie, jakim jest praca okulisty, wysokie poczucie obowiązku, które doprowadzało go często do przeciążania się pracą, musiała nadwerężyć i najsilniejszy organizm. Odmawiał sobie tak długo spoczynku, że w końcu nie mógł zeń korzystać, nawet wtedy, gdy mógł go sobie pozwolić. Cierpiał w ostatnich latach na bezsenność a ta uzupełnia błędne koło. A teraz zasnął snem wiecznym. Cześć jego pamięci!

S. p. prof. Rydel ogłosił drukiem następujące prace:

O zaćmie warstwowej. Przegląd lekarski z r. 1864. Nra 3, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Stationaler Kernstaar oder Schichtstaar Wiener Medicinal-Halle 1864. Nr. 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16.

Dalekowidzenie, kurza ślepota, barwikowe wyrodzenie siatkówki. Z kliniki okul. prof. Arlta w Wiedniu. Przeg. lek. 1865. Nr. 23, 24, 35, 36, 37, 38.

O leczeniu oderwania siatkówki za pomocą operacyi. (Podług wykładu mianego w Tow. lek. wied.) Przegląd lek. 1865. Nr. 18, 19, 20, 21, 22.

Ueber die Durchschneidung der abgelösten Netzhaut. Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde 1865. Nr. 17. Wiener med. Wochenblatt 1865. XXI. 16.

Jaskra i irydektomia, z kliniki okulistycznej prof. Arlta w Wiedniu. Przegląd lek. 1865. Nr. 32, 33, 34, 35. (Podług wykładu w Tow. lek. wied.).

Inflammatio tunicae vaginalis bulbi. (Praca dokonana wspólnie z Drem O. Beckerem w pracowni prof. Arlta w Wiedniu). Wiener med. Wochenschrift 1866. XVI. Nr. 35, 36.

Spostrzeżenia nad jaskrą (*glaucoma*). Przegląd lek. 1866. Nr. 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.

Dwa przypadki zaćmy traumatycznej, wyjaśniającej się dobrowolnie (z ryciną chromolitograficzną). Przegląd lek. 1866. Nr. 48, 49, 50, 51.

W dziele zbiorowem: Bericht über die Augenklinik der Wiener Universität 1863 — 1865. Unter Mitwirkung des Prof. Dr. Ferdinand Arlt, herausgegeben von Dr. Max Tetzer, Dr. Lucian Rydel und Dr. Otto Becker. Wien. Braumüller 1867, w 8-ce, str. 195 i 6 tablic, opracował artykuły następujące:

Berstung des Bulbus an der Grenze zwischen der Cornea und Sclerotica in Folge eines Stosses. Abgang der Linse. Heilung mit Erhaltung des Sehvermogens, str. 64—65.

Acute Irido - Chorioiditis. Ueberraschende Wirkung einer localen Blutentziehung, str. 71—72.

Ein Fall von chron. Irido-Chorioiditis durch 13 Jahre beobachtet, str. 72—78.

Schichtstaar, Iridenkleisis, 15 Monate später eitrige Irido-Kyklitis, str. 10—81.

Drei Fälle von Netzhautablösung. In einem Falle Heilung durch Punction der Netzhaut, str. 81. 86.

Spontane Aufhellung von Cataracta traumatica, str. 87—96.

Massenhafte Glaskörperblutung nach eminenter Verkältung und Durchnassung. Heilung, str. 101—102.

Supraorbitalneuralgie. Geheilt durch Einpinselungen von Jodtinctur, str. 115—116.

Exophthalmus traumaticus. Heilung, str. 118—119.

Ueber Glaucom, str. 132 —155.

Spostrzeżenia i uwagi nad działaniem bobu kalabarskiego w chorobach oczu, mianowicie w porażeniu akomodacyi. Przegl. lek. 1869. Nr. 37. (Referat Dra Talki o tej pracy w klin. Monatsbl. für Augenh. 1870, str. 148 i dalsze).

Wyjaśnienie niektórych zjawisk jaskry ze stosunków anatomicznych i zasad fizyologicznych. (Rocznik Tow. nauk. krak. 1871, poczet 3-ci. T. XIX. Toż samo w odbitce, Kraków 1870, w 8-ce. str. 23).

Ein Beitrag zur Lehre vom Glaucom. Archiv f. Ophthalm. 1872. T. XVIII, str. 1—17.

Sztuczne zabarwianie blizn rogówki. Przegląd lekarski 1871. Nr. 16, 17.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacya poczynione od Października 1869. po koniec roku 1877. w klinice okul. Uniw. Jagiell. Przegląd lek. 1878. Nr 15, 16, 17, 18, 19, 20. Toż samo w oddzielnej odbitce w 8-ce, str. 45. Referat z tej pracy w klin. Monatsbl. f. Augenh. 1880, str. 90. i dalsze.

O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia. Przegląd lek. 1879. Nr. 24, 25, 26. Toż samo tłómaczone w Feldarzt 1879. Nr. 11—13.

Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób. Wykłady kliniczne. Przegląd lek. 1881. Nr. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.

O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okul. Uniw. Jagiell. Przegl. lek. 1884. Nr 2, 4, 6, 9. Toż samo w osobnej odbitce w 8-ce, str. 25.

O nowym sposobie otwierania torebki podczas wydobycia zaćmy. W książce jubileuszowej dla uczczenia pięćdziesięcioletniej działalności naukowej prof. Szokalskiego. Warszawa 1884, str. 176—189.

Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne. Odbitka z Przeglądu lek. 1889.

Doc. Dr. Fr. Sroczyński.

II. Przyczynek do nauki o nagłej śmierci osesków.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz.

O ile śmiertelność wśród dzieci w ogóle jest wielka, o tyle rzadko zdarza się u nich nagła śmierć. Tylko oseski i dzieci pierwszego okresu życia stanowią w tym względzie wyjątek. W wielkiej liczbie przypadków nagłej śmierci u tych ostatnich wyjaśnia sekcya przyczynę jej dostatecznie, pozostaje jednak szereg przypadków, w których nawet najdokładniejsze badanie pośmiertne o przyczynie nagłej śmierci nie rozstrzyga. Te przypadki, zwłaszcza jeżli, w obec podejrzenia gwałtownej śmierci, podlegają sekcyi sądowej, sprawiają znawcy sądowemu nie mało trudu i przykrości a to tem bardziej, iż znawca mniej wprawny zwykł czynić brak wyniku sekcyi zależnym od osobistego także braku doświadczenia i wprawy w dyagnostyce anatomo-patologicznej. Wychodząc zresztą z chwalebnego założenia, że obowiązkiem znawcy jest wyjaśnić należycie w każdym sobie poruczonym przypadku przyczynę śmierci, nie bacząc wcale, że już ustawa o postępowaniu karnem przewiduje przypadki, w których przyczyny śmierci nie można wykryć sekcya, ulega ów znawca domysłom często zbyt daleko idącym i podaje owe przypuszczenia w stanowczej formie pewników w orzeczeniu. Już chyba zbytecznie byłoby dowodzić, jak dalece szkodliwie mogą wpłynąć podobne orzeczenia, których podstawą są domysły obleczone w formę pewników.

Do rzędu chorób, których przyrody nie wyjaśnia sekcya należy kurcz głośni.

Choroba ta nawiedza, jak o tem poucza doświadczenie [1]), najczęściej dzieci w pierwszych okresach życia, t. j. od pół roku do trzech lat a to znowu częściej dzieci męskiej płci, niż żeńskiej. Wiadomo również, że rokowanie w tej chorobie bywa niepomyślne, gdyż jak to zgodnie podają pedyatrzy [2]), wynosi śmiertelność z niej 50%. Chorobę tę cechują napady bezdechu (*apnoë*), łączące się nierzadko z drgawkami ogólnemi. Już w czasie pierwszego napadu może nastąpić zejście śmiertelne a to tak nagle, że nawet najrychlejsza pomoc lekarska bywa zbyteczna. Dwa są zapatrywania, usiłujące wytłómaczyć przyczynę nagłej śmierci w tych przypadkach. Jedno z nich nowsze łączy ją z równocześnie występującym skurczem wszystkich mięśni oddechowych, drugie dawniejsze pomawia przerost grasicy o wywołanie nagłego zejścia śmiertelnego, zkąd też powstała dawniejsza nazwa choroby *asthma thymicum*. Ta druga teorya zyskała sobie z początku wziętość

[1]) K. Handb. d. Kinderheilkunde von Uffelmann. Wien. Leipzig. 1893.

[2]) l. c.

dzięki pracom Hérarda [3]) i Friedlebena [4]) dowodzącym, że w przypadkach nagłej śmierci skurczu głośni wykazuje sekcya nader często przerost grasicy. Gdy jednak baczniejsze odtąd zwracanie uwagi dowiodło w wielu przypadkach niepomyślnego zejścia tej choroby braku przerostu grasicy, uległa powyższa teorya smutnemu a zwykłemu zresztą losowi wszelkich naukowych hipotez. I już zdawało się, że teorya ta, wyparta na całej linii, ma tylko historyczne znaczenie, gdy oto nagle w latach ostatnich wydobyli ją znowu na wierzch Grawitz, Nordmann, Soltmann (z Wrocławia), Pott i t. d.[5]). Prace i kazuistyczne zapiski tych autorów zyskały tem łacniej na znaczeniu, ile że Virchow i Conheim oświadczyli się za słusznością teoryi o przeroście grasicy. Odtąd, rzec można, staje się sprawa przerostu grasicy w piśmiennictwie w ogóle [6]) a już szczególnie w literaturze sądowo-lekarskiej tak modną, iż się pojawiają raz po raz nowe prace i kazuistyczne przyczynki.

Pominąwszy już publikacye Scheelego i Paltaufa, zaprzeczające wywodom Gravitza i t. d., zatem obalające ponownie teoryę przerostu grasicy, z których na innem miejscu zdawaliśmy sprawę [7]), to pojawiły się od roku 1893 nowe, które wypadnie nam omówić przy sposobności zestawienia wyników swych własnych poszukiwań nad znaczeniem przerostu grasicy.

I tak występuje Seydel [8]) w obronie teoryi wznowionej przez Grawitza i t. d. z tą jednak zmianą, iż godząc się z wywodami Paltaufa nie tłómaczy przyczyny śmierci zaciśnięciem tchawicy przez powiększoną grasicę tylko zatamowaniem czynności serca za pośrednictwem nerwów błędnych, na które grasica wywiera ucisk. Słuszność swego tłómaczenia popiera on przypadkami Potta, w których tenże autor dostrzegał najpierw ustanie czynności serca a potem ustanie oddechania. Wreszcie i ta okoliczność przemawia, zdaniem Seydla, za jego tłómaczeniem, iż w przeważnej liczbie ogłoszonych dotąd przypadków nagłej śmierci z przerostu grasicy nastąpiła śmierć w chwili przechylenia głowy wstecz, przez co wymiar mostko-kręgowy wchodu klatki piersiowej *(apertura thoracis sup.)* nagle się zmniejsza a tem samem ucisk na nerwy błędne przez powiększoną grasicę w tem miejscu wywierany musi się nagle powiększyć. Piedecocq [9]) podejrzywa na podstawie przypadku, jaki ogłosił, ucisk grasicy na żyły szyjne jako pośrednią przyczynę śmierci; uciśnięcie żył bowiem, zdaniem jego, stało się powodem przekrwienia biernego mózgu a tem samem wzrośnięcia ucisku śródczaszkowego z następowem uciśnięciem opuszki rdzenia.

Mimo tych różnych modyfikacyi, wydaje się jakoby Strassmann [10]) przechylał się do teoryi pierwotnej. Powiadam, iż zdaje się, gdyż zapowiedział on dopiero stanowcze swe zdanie w tej sprawie, na razie zaś poprzestał na zapisaniu przypadku nagłej śmierci 7-miesięcznego dziecka, u którego sekcya wykazała znaczne powiększenie grasicy ważącej 40 grm. i zupełne spłaszczenie tchawicy w sąsiedztwie grasicy. Na szczególną wzmiankę zasługuje najświeższa praca na przerzeczony temat ogłoszona przez Viberta [11]). Zestawia on i rozstrząsa krytycznie przypadki nagłej śmierci u osesków, które w ciągu lat 14 przesunęły mu się w praktyce. Otóż z 96 przypadków w ogóle, zaledwie w 7 wyjaśniła sekcya przyczynę nagłej śmierci, wreszcie zaś sekcya jej nie wykazała. Wszystkie przypadki tyczyły się osesków t. j. dzieci niżej roku a zaledwie jeden tyczył się $1^1/_2$ rocznego dziecka. Dokładne wywiady wykazywały w każdym przypadku, iż śmierć następowała w nocy, lub jeżli za dnia, to pod nieobecność osób, którym opieka nad dziecięciem była poruczoną. Bardzo często podawano, iż dziecię spało wspólnie z rodzicami często upojonemi, lub też samo w osobnem łóżku, ale zarzucone miękką pościelą. Z wywiadów wynikało również, że śmierć musiała następować nagle, lekko, bez żadnych niepokojów, krzyku lub walki. Wyniki sekcyjne były we wszystkich przypadkach zgodne ze sobą, t. j. znajdywano w sercu i wielkich naczyniach krew płynną, brak lub bardzo nieliczne wynaczynionki podopłucnowe często na grasicy, brak przekrwienia płuc, opon mózgowych, mózgu, wynaczynionek podosierdziowych, czasem mniej lub więcej piany w oskrzelach. Od lat kilku zwracał on baczną uwagę na grasicę w zwłokach osesków i znalazł ją w czterech przypadkach powiększoną o ciężarze 35, 30 i 25 gramów.

Obraz sekcyjny w tych czterech przypadkach niczem się nie różnił od powyżej opisanego w zwłokach dzieci zmarłych śmiercią nagłą, u których znaleziono grasicę prawidłowych rozmiarów.

Otóż na podstawie powyższego materyału nie wyklucza Vibert, iż powiększona grasica może się stać przyczyną nagłej śmierci, powiada jednak, że *le seul argument invoqué en faveur de cette hypothèse, c'est le fait même de l'hypertrophie du thymus, chez des enfants dont les autres organes ne présentent pas d'altérations.* Dalej jednak dodaje, że ten argument traci zupełnie na znaczeniu, jeżli się zważy, iż w wielkiej liczbie przypadków nagłej śmierci u dzieci, nastającej w tych samych okolicznościach, sekcya nie wykazuje wcale przerostu grasicy.

Zdaniem jego zachodzi w większości tych przypadków uduszenie bądźto przez to, iż dziecku śpiącemu razem z matką, mamką lub rodzicami często upojonemi, zatykają im usta i nos we śnie bezwiednie, bądź też przez to, iż dziecię dusi się w pościeli, nieoględnie na niem złożonej. Wreszcie tłómaczy przyczynę tej nagłej śmierci stanem tak zwanej przez Brown-Sequarda *l'inhibition* (zatamowania), dodając, że jest możliwem, iż sen stwarza pewną skłonność systemu nerwowego *d'aptitude a subir les actions inhibitoires.* Teorya powyższa wydaje mu się jedynie stosowną do wyjaśnienia częstych przypadków nagłej śmierci w czasie snu.

Tym wywodom Viberta odpowiada w każdym względzie przypadek opisany przez Koba [12]). Dziecię 4-ro miesięczne zmarło nagle w nocy tuż obok upojonego alkoholem ojca. Sekcya wykazała płynną krew i dość liczne wynaczynionki na powiększonej grasicy, ważącej 40·2 grm. Kob orzekł w tym przypadku, iż dziecię zmarło śmiercią naturalną z prze-

[3]) Du spasme de la glotte. Paris. 1847.

[4]) Die Physiologie d. Thymusdrüse in Gesundheit u. Krankheit. Frankfurt. a. m. 1858.

[5]) O śmierci nagłej, napisał Dr. L. Wachholz. Przegl. lek. 1893. Nr. 30, 33, 34, 36.

[6]) Beneke: Berlin. klin. Wochenschrift. 1894. str. 216.

[7]) jak pod [5]).

[8]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. Z. 1.

[9]) Zeitschrift f. Medicinalbl. Nr. 20. 1894. Przeglad lekarski. Nr. 47. 1894.

[10]) Ein Beitrag zur Lehre v. Zusammenhang zw. Thymushyperplasie u. plotzl. Tode. Ztschrft. f. Medicinalbl. Nr. 17. 1894.

[11]) Une cause de mort subite chez les petits enfants. Annal. d'hyg. p. et de med. lég. 1895. Z. 1.

[12]) Thymushyperplasie als Todesursache. Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. III. F. VI. Bd. 1. II.

krwienia mózgu (?), które mogło pozostawać w związku przyczynowym z przerostem grasicy.

Już z osnowy tego przypadku wynika, że autor nie potrzebował się uciekać do fikcyjnego przekrwienia mózgu, o którem w protokóle sekcyi nie ma wzmianki, lecz mógł przypuścić przypadkowe uduszenie dziecka przez ojca upojonego i śpiącego.

O ile wywody Viberta tłómaczą nam przypadki śmierci nagłej oseskćw z przerostem grasicy, o tyle nie mogą one stosować się do przypadków nagłej śmierci młodych, lecz już dorosłych osób, jak n. p. owego rekruta wojskowego w przypadku Nordmanna, u których sekcya prócz zachowanej a powiększonej grasicy nic nie wykazała.

(Dokończenie nastąpi).

III. O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii (w nierównej refrakcyi ócz).

Podał

Doc. Dr. Franciszek Sroczyński.

Badając znaczną liczbę ócz poszczególnie pod względem refrakcyi, dostrzeżemy rychło, że zupełna zgoda w refrakcyi obu ócz bynajmniej nie jest regułą bez wyjątku, ale że często mniejsze lub większe zachodzą pod tym względem różnice. Stan taki nosi w optyce nazwę anizometropii. Stosownie do budowy każdego oka z osobna, odróżnić tu można 5 głównych przypadków:

1) wzrok miarowy z wzrokiem krótkim;
2) wzrok miarowy z wzrokiem nadmiarowym;
3) wzrok krótki z wzrokiem krótkim z różnicą w stopniu;
4) wzrok nadmiarowy z wzrokiem nadmiarowym z różnicą w stopniu;
5) wzrok nadmiarowy z wzrokiem krótkim.

Dopóki jedno z ócz ma budowę w przybliżeniu miarową, wada uchodzi często uwagi dotkniętych nią osób, w przypadkach jednak jak 3), 4) i 5), potrzeba okularów sprowadza ich do okulisty, który wadę wykrywa i staje nagle przed pytaniem, jak postąpić w doborze szkieł, czy dać szkła ściśle neutralizujące różnicę w refrakcyi i w ten sposób obu oczom dać, o ile można, jak najlepszą bystrość wzroku, czy też, nie uwzględniając anizometropii, polecić szkła równe z uwzględnieniem oka o mniejszej wadzie refrakcyi a lepszej bystrości wzroku, jak tego chce panujący zwyczaj? Kwestya na pozór tak prosta nie doczekała się dotychczas jeszcze zadawalniającej odpowiedzi. Jedni, jak pewna część okulistów w Niemczech, postępują w myśl pierwszej zasady, inni, głównie ze szkoły wiedeńskiej, przestrzegają przed tem jak najusilniej, radząc pod groźbą przykrych zaburzeń nerwowych albo zrezygnować zupełnie z wyrównywania anizometropii szkłami, lub, co najwięcej, zadowolić się tylko częściowem jej zrównoważeniem. Podręczniki traktują całą sprawę po macoszemu, oświadczając się krótko na podstawie surowej empiryi za jedną lub drugą zasadą. Pierwszy Donders [1]) rozebrał rzecz nieco szczegółowiej. Odróżnia on tu w ogóle 2 przypadki: albo istnieje zdolność widzenia obuocznego, w takim razie korekcya większej różnicy refrakcyi jak 1—$1^1/_2$ dyoptryi jest niemożliwą, inaczej wystąpi przykry zawrót głowy, nie pozwalający noszenia okularów, albo też jedno z ócz nie bierze udziału w widzeniu obuocznem, wówczas dla zapobieżenia przytępieniu wzroku *(amblyopia ex anopsia)* nie tylko możliwem, ale wprost wskazanem jest wyrównanie różnicy refrakcyi. Michel [2]) staje w ogólności na stanowisku Dondersa, radząc tylko nizkie stopnie anizometropii wyrównywać odpowiedniemi szkłami, parę wierszy jednak niżej oświadcza z całym spokojem: *Im weiteren ist auch bei grosser Verschiedenheit der Refraction der Versuch zu machen, die corrigirenden Gläser tragen zu lassen. Die individuelle Anpassung ist eine verschiedene, auch ist eine Gewohnung nach langerer Zeit zu beobachten.*

Na czem polega owo przyzwyczajenie i w jakich okolicznościach ono możliwe, o tem nie znajdujemy nigdzie wzmianki. Z nowszych autorów jedynie tylko u Greefa, w pracy poświęconej zresztą innemu przedmiotowi [3]) znajduję okolicznościową wzmiankę, że przyzwyczajenie to w młodym wieku łatwiej występuje. Tłómaczenie jednak, jakie podaje dla określenia natury tego przyzwyczajenia, jest chyba tylko słownem omówieniem faktu, który miał być wytłómaczonym: *... es ist allein die Gewohnheit bestimmend, ob sie (die Anisometropen) sich wohler fühlen, wenn sich das binoculare Sehen so gestaltet, dass zu dem scharfen Bilde bald des rechten, bald des linken Auges ein unscharfes Netzhautbild des anderen Auges hinzukommt, oder wenn beide perspectivische Netzhautbilder gleich scharf oder gleich unscharf sind.* Co do mnie, wyznać muszę, że widywałem tu i owdzie przypadki, gdzie anizometropi znosili neutralizujące szkła aż do 6 dyoptryj różnicy a były to istotnie przypadki, gdzie jak to Greef podaje, szkła z tą różnicą przepisano w młodym wieku. Nierównie jednak częściej zdarzało się przeciwnie, że osoby, którym z innej strony przepisano szkła ze znacznie mniejszą różnicą, zgłaszały się z usilną prośbą o zmianę, nie mogły bowiem mimo całej wytrwałości i dobrej woli używać szkieł podobnych. Ze zresztą sami zwolennicy zupełnej korekcyi anizometropii nie tają zachodzących tu trudności, o tem świadczą słowa Greefa [4]), który sam o swoich anizometropach z neutralizującemi szkłami powiada: ... *manche kammen wieder mit der Angabe, dass die Brille nicht recht passen wolle.* Naturalnie dawano im odpowiedź, aby dalej się przyzwyczajali.

W każdym razie, przyznając nawet możliwość przyzwyczajenia w pewnych przypadkach, przyznać trzeba, że musi się ono rzadko zdarzać, skoro nieznaczna tylko liczba autorów oświadcza się za tym sposobem. Większość podaje zgodnie, że szkło z różnicą 1—$1^1/_2$ dyoptryj wywołuje niezmiernie przykre uczucia, jak zawrót głowy, ból w oczach i w czole a nawet przemijające zaćmienie wzroku. Czasami wspomniane objawy nerwowe przybrać mogą formę iście alarmującą. Jeden z moich pacyentów, człowiek w średnim wieku, silnie zbudowany i znakomicie odżywiony, w chwili, gdym przy próbach wzroku zostawił mu na chwilę szkła neutralizujące z różnicą 5 dyoptryj, zbladł nagle i zemdlał w moich oczach. Inna znowu chora, staruszka 70-letnia, już

[1]) Donders: Die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges.

[2]) Michel: Lehrbuch der Augenheilkunde 1884. str. 39.

[3]) Greef: Zur Vergleichung der Accommodationsleistung beider Augen. Archiv für Augenheilkunde 1891.

[4]) l. c.

przy różnicy jednej dyoptryi w szkłach, wyraziła się charakterystycznie: że ją nudzi.

Przyczyną zjawisk tych wedle tłómaczenia Dondersa ma być różnica w wielkości obrazków na siatkówce wywołana różnicą w sile łamiącej obu szkieł korekcyjnych, jak wiadomo bowiem, szkła wypukłe powiększają, wklęsłe pomniejszają pozornie przedmioty. Powyżej pewnej granicy obrazki różnej wielkości nie mogą w akcie obuocznego widzenia spłynąć w jeden, występuje t. zw. konkurencya obrazków a z nią dwuwidzenie, które wystarcza do wywołania wspomnianych dolegliwości.

W sposób pokrewny w zasadzie, bo apelujący do różnicy kształtów obrazków, wywołanych przez szkła różne, stara się wytłómaczyć rzeczone objawy autor jednej z nowszych prac w tym przedmiocie, Dr. Friedenwald [5]) z Baltimore. Nawięzuje on do doświadczeń Lippincott'a, który wykazał, że szkło walcowate postawione przed jednem okiem, lub obustronnie przy osiach nierównoległych, wywołuje zjawiska obuocznej metamorfopsyi, których źródłem jest stereoskopowe połączenie dwóch obrazków o różnych kształtach, przez co wypadkowy obrazek przybiera kształt i położenie przekrzywione. Tłómacząc w ten sposób dolegliwości, jakie czasem występują przy korekcyi astygmatyzmu szkłami walcowatemi, uogólnia to tłómaczenie i na przypadki nieznoszenia różnych szkieł sferycznych w anizometropii za pomocą spekulacyi, której nie powstydziłby się żaden filozof średniowieczny. Ponieważ, jak powiada, to samo szkło walcowate, jeźli ustawione pionowo, wywołuje łatwiej metamorfopsyę, niż przy osi poziomej, szkło zaś sferyczne uważać można optycznie za kombinacyę dwóch równych szkieł walcowatych z osiami prostopadle do siebie ułożonemi, przeto w szkłach sferycznych, neutralizujących anizometropię, działa różnica siły łamiącej, jak szkło cylindryczne o osi pionowej. Jest logika w tem rozumowaniu, ale widocznie w premisach musi coś kuleć, skoro rezultatem jest absurd, chcący w nas wmówić, że szkło sferyczne (nb. bez pochylenia) działa jak walcowate.

W rzędzie zarzutów skierowanych przeciw neutralizowaniu anizometropii spotyka się także i ten, że postępowanie takiemu stoi na przeszkodzie żelazne prawo równej akomodacyi ócz. Szkła różne, wyrównywające różnicę refrakcyi, naruszają jakoby ten niezłomny związek, co jako przeciwne fizyologicznemu prawu, ma wywoływać przykre dolegliwości nerwowe. Że prawo takie równej akomodacyi istnieje, o tem dzisiaj mimo nielicznych głosów przeciwnych (Schneller, Wojnow, Werth, Fick) nikt chyba nie wątpi, odkąd Greeff [6]) w pracy swojej podał ścisłą naukowo metodę badania a tak prostą, że każdemu dostępną. Niepojętem jest tylko, w jaki sposób prawo to miałoby zostawać w sprzeczności ze szkłami wyrównywającemi anizometropię. Pierwszy lepszy przykład powinien pouczyć, że jeżeli w ogóle szkła zastósowane do różnicy refrakcyi mają jakąkolwiek racyę bytu, to tylko dlatego, że istnieje prawo równej akomodacyi. Gdyby bowiem jedno z ócz mogło niezależnie od drugiego akomodować, nie byłoby przedewszystkiem anizometropii. Przypuśćmy, że mamy przed sobą krótkowidza w stopniu 2 dyoptryj na lewem, 5 dyoptryj na prawem oku i że krótkowidz ten patrzy na punkt na 20 cm. odległy. Dopóki posługuje się on szkłami równemi o sile 2 dyoptryj, akomodacya jego ze względu na oko lewe wysilić się musi na 5 dyoptryj ($\frac{100}{20}$) na mocy prawa równego impulsu w tej samej sile akomoduje oko prawe, co łącznie z pozostałą mu częścią krótkiego wzroku 3 dyoptryj uczyni $5 + 3 = 8$ dyoptryj. Nastawienie więc oka tego będzie błędne, odpowiada to bowiem punktowi na $\frac{100}{8} = 12$ cm. odległemu. Uzbrójmy teraz tę samą osobę w szkła odpowiadające ściśle różnicy refrakcyi, to wobec tego, że teraz oba oczy nastawione są w stanie spoczynku akomodacyi na odległość nieskończenie wielką, jasną jest rzeczą, że każdemu oku z osobna przypada przy jakiembądź nastawieniu równe zadanie do spełnienia, w obranym więc przykładzie przy odległości przedmiotu 20 cm. oba oczy mają zaakomodować w równej sile 5 dyoptryj. Do tego samego rezultatu *mutatis mutandis* dojdziemy, gdybyśmy za oko kierownicze w wspólnej akomodacyi przyjęli oko prawe. Rzecz więc przedstawia się jasno: prawo równej akomodacyi nie tylko nie staje na przeszkodzie wyrównywaniu anizometropii szkłami, ale chyba tylko popierać je może.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[5]) Friedenwald: Ueber die durch corrigirende Gläser hervorgerufene binoculare Metamorphopsie. Archiv f. Augenheilkunde 1893.

[6]) l. c.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3 Kwietnia 1895).

Napisał

Prof. Dr. Jakubowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Przewidując, że z rozpoczęciem leczenia błonicy surowicą ilość chorych może się zwiększyć, przeznaczyłem przy klinice pedyatrycznej jednę salkę z 4-ma łóżkami dla przypadków cięższych błonicy, wikłającej się z dławcem, powierzając opiekę nad chorymi asystentowi tejże kliniki Drowi R a c z y ń s k i e m u; nadto z oddziału infekcyjnego wydzieliłem 2 sale z 10 łóżkami dla innych przypadków błonicy, przydzielając do leczenia sekundaryusza szpitalnego Dra S ł a p ę. Powyższe zarządzenia nie były zbyteczne, gdyż od miesiąca Listopada wszystkie niemal łóżka stale są zajęte.

Obok spisywania szczegółowych historyj chorobowych, zaprowadziłem jeszcze formularze do ścisłego zapisywania objawów i powikłań przed i po zastrzyknięciu surowicy a to w celu łatwiejszego przeglądu, o ile po zastósowaniu tego nowego środka właściwe objawy błonicy wzmagają się lub ustępują. Również w celu dokładniejszej obserwacyi sporządzonym został w formie pieczęci rysunek szematyczny gardła (przedstawiający łuki podniebienia, języczek, migdały i tylną ścianę połyku), który odbity na blankietach historyi choroby służy do wkreślania kolorowym ołówkiem miejsc błonicą zajętych w różnych okresach przebiegu choroby a głównie przed zastrzyknięciem i po zastrzyknięciu surowicy.

Przed rozpoczęciem leczenia zastanawiałem się nad wyborem surowicy; mieliśmy jej bowiem od początku trzy gatunki: Rouxa, wyrabianą w instytucie Pasteura w Paryżu, Behringa, z fabryki farb Luciusa i Brüninga w Höchst

i Arousona z pracowni Scheringa w Berlinie. Sprowadziwszy na próbę wszystkie trzy gatunki, po odczytaniu do każdego załączonej informacyi przyszedłem do przekonania, że są to płyny, przyrządzane według jednej i tejsamej zasady, mające teżsame własności lecznicze a przecież różniące się tak co do ilości antytoksyny działającej swoiście w błonicy, jak i co do składu chemicznego.

Nie zapuszczając się w szczegółowe opisywanie i ocenianie jednostki przyjętej przez Behringa do oznaczania w cyfrach siły uodporniającej w każdej z jego trzech gatunków surowicy leczniczej, wyrabianej w Höchst wspomnieć przecież muszę, że na tej podstawie lekarz praktyczny nie może sam jeszcze ocenić, w jakim stosunku znajduje się siła działająca w przetworach wyrabianych w innych fabrykach, jak n. p. w surowicy Rouxa i Aronsona. Zawodowi bakteryologowie zajmują się sprawdzaniem siły uodparniającej różnych gatunków surowicy na świnkach morskich. Z dokonanych doświadczeń dowiadujemy się, że surowica Rouxa siłą swą dorównywa Nr. 2. Behringa; a Aronson sam podaje, że jego surowica odpowiada także Nr. 2. Behringa. Wśród rozpowszechniania się metody leczenia błonicy surowicą, pożądaną jest rzeczą, aby surowica wyrabiana w jednym stopniu siły uodparniającej, dostawała się do rąk lekarza praktycznego.

Nie obojętne także zachodzą różnice jakościowe, czyli chemiczne w surowicach leczniczych. W celach konserwacyjnych producenci dodają do niej pewnych środków. W surowicy Rouxa znajduje się mała ilość kamfory, w Behringa 0·5% kwasu karbolowego, w Aronsona 0·4% trójkrezolu. Dodatki te, mające na celu chronienie surowicy od szybkiego rozkładu, zmieniają jej skład chemiczny, budząc u lekarza praktycznego wątpliwości, czyli wraz z antytoksyną wprowadzone do obiegu krwi dołączone przetwory nie sprowadzają u chorych ubocznych objawów i powikłań? Mimowoli każdemu lekarzowi przy wyborze jednego z powyższych gatunków surowicy, z powodu owych dodatków przetworów konserwacyjnych, nasuwa się pytanie, która z nich w zastosowaniu u chorych może być najodpowiedniejszą? O powyższych różnicach surowicy wspominam mimochodem nie wdając się wcale w ocenianie większej wartości jednej lub drugiej; sądzę jednak, że wskazanem jest, aby producenci w celu ochronienia surowicy od szybkiego rozkładu wszyscy zgodzili się na dodawanie jednego i tegożsamego środka konserwacyjnego. Nowa metoda leczenia błonicy surowicą rozpowszechnia się, powstają nowe zakłady zajmujące się jej wyrabianiem a w każdym dowolnie wybieranym bywa środek konserwacyjny. Wspomnę tylko, że od Listopada ubiegłego roku prof. Bujwid zajmuje się w Krakowie i Warszawie produkcyą surowicy leczniczej dodając do niej w celu ochronnym nieco chloroformu. W Wiedniu przed kilku miesiącami założonym został przy szpitalu Rudolfa zakład dla wyrabiania surowicy leczniczej pod kierunkiem Dra Paltaufa. Tamże do produkcyi pierwotnie przeznaczono 14 koni, których liczbę w ostatnich tygodniach zwiększono do 23. Wkrótce więc posiadać będziemy nowe źródło dla surowicy leczniczej. Jaki środek ochraniający od rozkładu dodaje Dr. Paltauf do swojej surowicy, tego nie wiem, raz jednak jeszcze powtarzam, że jeżeli w tym względzie między coraz liczniejszymi producentami nie nastąpi porozumienie się, natenczas w każdej surowicy znajdować się będzie inny dodatek konserwacyjny, z którym liczyć się musi lekarz praktyczny.

Pragnąc uniknąć liczenia się z wszystkiemi powyżej przytoczonemi trudnościami, postanowiłem na początku swoich doświadczeń używać jednego tylko gatunku surowicy, wybierając ku temu przetwór Behringa, wyrabiany w Höchst. Wyjątkowo tylko, gdy zabrakło tego przetworu, posługiwałem się surowicą Aronsona. Z początkiem Lutego bieżącego roku prof. Bujwid wyrobiwszy własną surowicę o sile leczniczej równającej się Nr. 1. Behringa, ofiarował mi ją do dalszych doświadczeń. W miesiącu więc Lutym wszyscy chorzy byli leczeni surowicą wyrobu prof. Bujwida a po wyczerpaniu ofiarowanego zapasu od pierwszych dni Marca używam do leczenia surowicy Rouxa sprowadzanej co 10 dni wprost z Paryża.

W szczególności u 75 chorych użyto w celu leczenia: surowicy Behringa 38., Bujwida 14., Rouxa 20., Aronsona 3 razy.

Z początku znając własności surowicy jedynie teoretycznie, u pierwszych 20 chorych, używałem jej oględnie, wstrzykując dzieciom młodszym do lat dwóch po 5 cm.³ naraz (1/2 dawki zalecanej przez Behringa), starszym po 10 cm.³, ograniczając się tylko do jednorazowego stosowania środka. W następnych 55 przypadkach zapoznawszy się bliżej z działaniem antytoksyny, gdy obok tego cena środka znacznie się obniżyła, używałem w lżejszych przypadkach błonicy odrazu 10 cm.³, powtarzając w miarę potrzeby wstrzykiwania co 24 godzin przez 2 lub 3 dni, w cięższych przypadkach używałem dawki podwójnej (20 cm.³), powtarzanej również przez dni kilka. Największa ilość użytej surowicy u jednego chorego doszła do 80 cm.³ zastrzykana w czterech dawkach w ciągu czterech dni. Dziecię nawiedzone tym ciężkim przypadkiem błonicy żyje, rekonwalescencya u niego postępuje powolnie i do dziś dnia jeszcze pozostaje w szpitalu. W ogólności odniosłem to wrażenie, że przy używaniu większych dawek surowicy, gdy tego okaże się potrzeba, wyniki są korzystniejsze.

Do wstrzykiwań posługiwałem się z początku, idąc za wskazówką Behringa, wstrzykawką balonikową Kocha. Wkrótce jednak za odpowiedniejszą uznałem strzykawkę zalecaną przez Aronsona, która, zaopatrzona tłokiem asbestowym, da się utrzymać w stanie aseptycznym i celowi zupełnie odpowiada.

U wszystkich naszych chorych robią się wstrzykiwania w okolicy zewnętrznej uda przy zachowaniu ścisłem aseptyki. Po zastrzyknięciu miejsce nakłucia pokrywa się małym zwitkiem gazy jodoformowej przytwierdzając ją plastrem lepiącym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Schlesinger: **O kataleptycznem stężeniu pośmiertnem.**

Jak wiadomo, podzielone są zdania co do istnienia stężenia kataleptycznego, tj. stężenia występującego już w chwili śmierci, która zatem utrwala ostatnią czynność mięśni I tak, gdy jedni, jak Rossbach, Kussmaul, Seydel i t. d. na nie się godzą, to inni, do których przedewszystkiem należy zaliczyć Maschkę, stanowczo go zaprzeczają; Hofmann zaś uważa je za możliwe, lecz dotąd nie stwierdzone stanowczo.

Autor zauważył w dwóch przypadkach tężyczki u kobiet dotkniętych rozstrzenia żołądka znacznego stopnia na tle zwężenia odźwiernika, iż w chwili śmierci wywołanej przez uogólnienie się tężcowego kurczu, stężenie wystąpiło natychmiast i ustaliło położenie członków, jakie istniało w ostatniej chwili życia. Przejście tężca istniejącego za życia bez poprzedniego zwiotczenia mięśni w stężenie pośmiertne, spostrzegali Sommer, Clemens, de Haen, Güntz a Engel, Schraube i Taylor widzieli je także w przypadkach otrucia strychniną. Znane są również przypadki kataleptycznego stężenia pośmiertnego po śmierci z uduszenia a Paltaufowi udało się sztucznie wywołać je u psa otrutego kamfora po nagłej strangulacyi. Doświadczenie Paltaufa dowodzi zatem, że stężenie kataleptyczne może wystąpić pod wpływem otrucia.

Tężyczka, zdaniem wszystkich nowszych autorów, zawdzięcza swe powstanie autointoksykacyi i tak wedle Biscaldiego wywołuje ją acetonemia, wedle Bouvereta i Devica nieprawidłowe wydzielanie się HCl w żołądku obok znacznego rozkładu jego treści, wedle Boucharda tworzenie się i wessanie ptomainów, wedle Ewalda tworzenie się i wessanie mocno trujących diaminów, które dadzą się wykazać w treści żołądkowej i w moczu. W przypadkach autora nie wykryto ani acetonu ani diaminów, wreszcie wykazano zupełny brak wolnego HCl w żołądku. Mimo tego wyniku twierdzi autor stanowczo, że przyczyną tężyczki a potem kataleptycznego stężenia było zatrucie produktami rozkładowymi treści żołądka, albowiem, ile razy, zwłaszcza w swym drugim przypadku, wypłukał żołądek chorej, tyle razy objawy chorobowe znacznie się zmniejszały. Śmierć w obu przypadkach nastąpiła w skutek uduszenia przez pojawienie się tężca w całem ciele. Celem podniecenia chorych, wstrzykiwał im autor podskórnie eter z kamforą. Tak więc działały w dwóch tych przypadkach wszystkie z dotychczas znanych czynników, które, jeźli nie zawsze wywołują kataleptyczne stężenie, to przynajmniej znacznie przyspieszają wystąpienie stężenia a mianowicie: zmęczenie mięśni przez kurcze na krótki czas przed śmiercią, uduszenie nagłe, otrucie produktami rozkładowymi treści żołądka, zastrzyknięcie kamfory. *(Friedrich's Bl. f. ger. Med.* Zeszyt 1. 1895).

Wachholz.

Chirurgia.

L i e b r e i c h: **O leczeniu liszaja żrącego** *(lupus)* **kantarydyną.**

L. uzyskał w kilku przypadkach liszaja żrącego znaczne polepszenie a w jednym, który przedstawił na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego, zupełne wyleczenie za pomocą kantarydyny. W przypadku tym wyleczył się liszaj żrący b e z p o z o s t a w i e n i a b l i z n. Pacyentka ta dostawała kantarydynę trzy razy na tydzień z początku mniej, później po 1.6 decimiligrama, razem otrzymała 83,8 decimiligramów. Co do sposobu zadawania, to można kantarydynę albo zastrzykiwać pod-skórnie, albo zadawać wewnętrznie. Do użycia rozpuszcza się 0,1 kantarydyny w 500 cm.³ *trae cort. aurant.* Z tego roztworu bierze się dziesiątą część strzykawki Pravaza, rozpuszcza w niewielkiej ilości wody i zadaje choremu. Zapalenia nerek nie widział L. po użyciu kantarydyny nigdy. *(Berl. klin. Wochschft.* 1895. 14. i 15).

Dr. Rosciszewski.

Anatomia patologiczna.

K a e m p f e: **Brak lewej nerki.**

K. opisuje przypadek zejścia śmiertelnego z powodu zapalenia nerek. Sekcya wykazała marskość prawej nerki a nadto brak nerki lewej mimo, iż było nadnercze lewe. Stosownie do braku lewej nerki był tylko jeden moczowód. K. zwraca uwagę na wielką rzadkość zupełnego braku nerki i dodaje, że zazwyczaj brakuje lewej nerki, tudzież, że ta okoliczność może mieć znaczenie sądowo-lekarskie, gdyby chirurg wyłuszczył w podobnym przypadku owa jedyną nerkę. *(Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* Nr. 18. 1894).

Wachholz.

Choroby dzieci.

H o e r s c h e l m a n: **W sprawie gorączki gruczołowej** (t. zw. *Drüsenfieber*) **Pfeifera.**

Przed kilku laty wydzielił Pfeifer ostrą gorączkową chorobę gruczołów chłonnych u dzieci i nazwał ją gorączką gruczołową, *Drüsenfieber.* H. obserwował 16 przypadków tej choroby. Mniej lub więcej wysoka gorączka, obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych na szyi były to objawy spostrzegane w 10 przypadkach lżejszych, w 5-ciu cięższych gorączka trwała dłużej; również dłużej utrzymywało się obrzmienie gruczołów. Charakterystycznem jest, że obrzmiewały one niejednocześnie, lecz grupami a każde nowe obrzmienie łączyło się z podniesieniem się gorączki. W jednym ciężkim przypadku wytworzyło się powikłanie w formie zapalenia ucha środkowego i moczem krwawym; przypadek ten skończył się jednak pomyślnie. Obok tych objawów znaleziono jeszcze inne przypady, jak powiększenie wątroby i śledziony, ból głowy, wymioty, czasem kaszel; natomiast bardzo rzadko objawy ze strony błony śluzowej gardła i nosa. Przyczyną tej choroby jest, jak się zdaje, zakażenie nieznanym dotąd drobnoustrojem. Czas wylęgania choroby wynosi 8 do 10 dni.

Leczenie: miejscowo okłady wysychające, wewnętrznie antypiryna. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* XXXVIII. 1. 1895.

Dr. Raczyński.

Zapiski terapeutyczne.

54. R. E m m e r i c h i H. S c h o l l: D o ś w i a d c z e n i a k l i n i c z n e n a d l e c z e n i e m r a k a s u r o w i c a s w o i s t a (s u r o w i c ą r ó ż y). Jak przed 1000 lat, tak i dziś sądzą wszyscy lekarze, że rak stoi na czele chorób nieuleczalnych. Jeżeli przeto autorowie przedstawiają teraz światu lekarskiemu środek swoisty przeciw tej chorobie, to są z góry przygotowani na sceptycyzm, którego najpodobniej do prawdy nie przełamią.

Na ciemnem polu terapii raka pojawiały się wszakże w ostatnich 50 latach kiedy niekiedy błyski pewnej nadziei a były niemi spostrzeżenia niektórych badaczy angielskich, francuskich i niemieckich, tyczące się wyleczenia raka i mięsaka przez pojawienie się róży (*erysipelas*). Niewątpliwie te spostrzeżenia powinny być skazówką dla dalszych usiłowań terapeutycznych w tej mierze.

Fehleisen i Neisser odważyli się nawet szczepić w rozpaczliwych przypadkach raka czyste, jadowite hodowle koków róży i uzyskali skutek niewątpliwy. Było to jednak postępowanie niebezpieczne, które nawet w jednym przypadku sprowadziło śmierć pacyenta.

Również otrzymał widoczne skutki terapeutyczne W. B. Coley za pomocą stosownie przyrządzonych hodowli koków róży w raku a jeszcze większe w mięsaku. Atoli i to postępowanie łączyło się z bardzo niemiłym a ogólnym wpływem na ustrój.

Tych niepożądanych skutków ubocznych nie ma prawie zupełnie przy postępowaniu autorów, przy leczeniu raka surowicą swoistą w ich własny sposób sporządzona, po użyciu której występuje tylko nieznaczne, podobne do róży obrzmienie, co najwięcej, niekiedy mała gorączka i lekkie bóle. Surowica ich zawiera substancyę leczącą, bez żadnych jednak trujących wytworów przemiany materyi koków róży. Zdaje się podobnie, jak to było w spostrzeżeniach Coleya, iż surowica, o której mowa, jest skuteczniejsza w mięsaku niż raku.

Jeszcze w roku 1886. przekonał się Emmerich, że róża leczy nie tylko raka, ale i wąglik i że czynnikiem w tym względzie skutecznym nie są koki róży, ale zmiany przez nie we krwi sprawione. Na podstawie tego można się było spodziewać, że od koków róży uwolniona krew lub surowica zwierząt różą zakażonych będzie niszczyć laseczniki wąglika czyli leczyć tę chorobę. Liczne doświadczenia autora dokonane z udziałem Mosta i prof. Tsuboia potwierdziły to przypuszczenie i wykazały, że w ą g l i k d a s i ę w y l e c z y ć s u r o w i c ą z w i e r z ą t r ó ż ą z a k a ż o n y c h.

Ponieważ z nadmienionych już postrzeżeń i doświadczeń wypada, iż róża leczy raka, można było przypuszczać, iż to wyleczenie tak raka jak i waglika odbywa się za pośrednictwem zmian sprawionych we krwi przez koki róży czyli spodziewać się, iż surowica zwierząt różą zakażonych, od koków róży uwolniona będzie środkiem skutecznym nie tylko przeciw waglikowi, ale i przeciw rakowi.

Te przypuszczenia trzeba było przeto sprawdzić doświadczeniami na ludziach cierpiących na raka. Ponieważ waglik najlepiej leczyć surowicą owczą, przeto i do prób z leczeniem raka używali autorowie prawie wyłącznie surowicy owczej, nadmieniając, iż przyrządzenie jej wymaga nie tylko daleko więcej zachodów, niż sporządzenie surowicy swoistej Behringa przeciw błonicy, ale i użycia w tym celu pewnych ras zwierząt.

Z tą surowicą robili autorowie doświadczenia na chorych. W dwóch przypadkach, w których przyszło do zakażenia następowego i ropnego rozpadu nowotworu, skutku nie było żadnego: w pięciu zaś przypadkach raka sutka i jednym rakowca na twarzy w okolicy lewego, zewnętrznego kąta ocznego, wpływ leczenia był rychły i niewątpliwy. Tak n. p. w 1-szym przypadku nie dającej się już więcej operować recydywy raka sutka z rozległemi zmianami po wstrzyknięciu 0·5 cm ^{3} surowicy swoistej dwukrotnem w 2 dniach po sobie zmniejszył się nowotwór do połowy a po trzeciem zniknął zupełnie przez wessanie. Po dalszych wstrzykiwaniach w guzy rakowe znajdujące się w sąsiedztwie i w nacieckłe gruczoły limfatyczne tak, iż spotrzebowano surowicy razem wziąwszy 40 cm ^{3}, wypuszczono pacyentkę ze szpitala 12. Stycznia b. r. a jeszcze 21. Lutego b. r. doniósł o niej lekarz miejscowy, iż ma się dobrze i iż do tego czasu nie widać recydywy choroby.

W pozostałych pięciu przypadkach nie można wprawdzie mówić o wyleczeniu, ale to pewna, iż po wstrzykiwaniach surowicy, zmniejszały się guzy lub nastawały w nich zmiany mogące prowadzić, o ile można sądzić z dotychczasowych, krótkich i niezupełnych postrzeżeń, do wyleczenia.

Autorowie zadają sobie pytania, czy surowica ich działa rzeczywiście skutecznie na raka, czy jest ona środkiem swoistym przeciw niemu w ogólności, czy tylko przeciw pewnym jego rodzajom, ile surowicy i jak często wstrzykiwać, czy po tych wstrzykiwaniach nie ma skutków ubocznych lub zgoła niebezpiecznych, i starają się na nie, ile można, odpowiedzieć.

Autorowie sądzą, że ich surowica działa przeciw każdemu rakowi i to tem rychlej i energiczniej, im młodszym jest nowotwór. Dawka zależy od wielkości guza i od ogólnego stanu chorego. Przeciw małym guzom aż do wielkości jaja gołębiego wystarcza codzienna dawka od 1 do 4 cm.^{3} W większe nowotwory można bez obawy wstrzykiwać na jeden zawód od 10 do 25 cm.^{3} surowicy w rozmaite miejsca obrzmienia.

Po dawkach małych (do 5 cm.^{3}) nie ma zazwyczaj żadnych przykrych sensacyj. Po dawkach wielkich (od 10 do 20 cm.^{3} i więcej) pojawiają się bóle, ustępujące wszakże po kilku godzinach i nie wymagające żadnych środków na swe ukojenie. Gorączki nie ma po wstrzykiwaniach albo żadnej albo tylko nieznaczna (nigdy nie doszła do 39°) i krótkotrwała tak, iż chorych można leczyć surowicą ambulatoryjnie.

Przedmiotowo można widzieć po wstrzykiwaniach surowicy przeciwrakowej obrzmienie i lekkie zaczerwienienie skóry, jakoby różę wrzekomą *(pseudoerysipelas)*, przemijającą po 24 do 48 godzinach. Im ta zmiana w skórze jest wybitniejsza, tem lepszym zazwyczaj skutek terapeutyczny wstrzykiwań surowicy swoistej, którą zalecają autorowie przeważnie w przypadkach starych, rozległych i nienadających się do operacyi. W przypadkach świeżych, nadających się do operacyi, wstrzykiwania surowicy mają być uzupełnieniem operacyi i utrwaleniem jej skutku przez zapobieżenie powrotowi choroby.

Swoje dotychczasowe postrzeżenia i doświadczenia uważają autorowie tylko za początek nowej metody leczenia raka, którą dopiero dalsze badania mają udoskonalić, przyczem w pierwszym rzędzie powinno się skierować swe usiłowania do wzmocnienia skutku terapeutycznego surowicy. Autorowie dążą do powiększenia swego zakładu do wyrabiania surowicy przeciw rakowi i spodziewają się, że za kilka tygodni będą mogli dostarczać surowicy w znacznych nawet ilościach. Z żądaniami w tej mierze należy zwracać się zawczasu do Dra Scholla w Thalkirchen pod Monachium. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 25. Kwietnia 1895).

55. R. Antonewicz: W sprawie leczenia czyraków. Autor bierze na guziczek zgłębnika kroplę ogrzanego do topnienia krystalicznego kwasu karbolowego i przyciska go wśród lekkiego pocierania do tworzącego się czyraka. Zazwyczaj już na drugi dzień nie ma żadnej bolesności i skończone jest całe leczenie. Skutek ten występuje atoli w przypadkach świeżych tylko czyraków (od 24 do 48 godzin); w przypadkach starszych, trwających już 3 do 4 dni kwas karbolowy nie przerywa choroby, zmienia jednak jej przebieg w ropienie niebolesne koło strupieszałego czopa, który potem odchodzi bez bólu wraz ze strupem. *(Wojenno-medicinskij żurnał.* Styczeń 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 5. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 25. a jako gość kol. Kümmerling z Abbazyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

5) Kol. Prus: O syryngomyelii *(gliosis centralis medullae spinalis)*. Mówca określiwszy rozwój nauki o syryngomyelii omawia główne objawy tej choroby, do których należą: zboczenia w czuciu, zaburzenia naczynio-ruchowe, zboczenia troficzne, zaniki mięśniowe i zboczenia w zakresie ruchu. Zazwyczaj pierwszym objawem syryngomyelii jest częściowe porażenie czucia, cechujące się tem, że nie wszystkie rodzaje czucia są zniesione. I tak: czucie temperatury jest prawie zawsze upośledzone lub zniesienie (termoanestezya) czasem także czucie bólu (analgezya), podczas gdy czucie dotyku i lokalizacyi oraz czucie ucisku i czucie mięśniowe jest nienaruszone. Termoanestezyą nawiedzone są najczęściej ręce i to zazwyczaj tylko jedna z nich i następnie zajmuje ona sąsiednią okolicę klatki piersiowej aż do linii środkowej ciała; później odpowiednią nogę a czasem nerw troisty. Całkowite zniesienie czucia temperatury zdarza się dość rzadko i zazwyczaj chorzy nie przypuszczają istnienia swej termoanestezyi, jakkolwiek nie mogą ocenić różnicy w ciepłocie wynoszącej kilkanaście stopni, wobec czego nie są w stanie odróżnić chuchnięcia od dmuchnięcia. Upośledzenie czucia bólu zajmuje zwykle część obszaru nawiedzonego termoanestezyą. Zboczenia naczynio-ruchowe zdarzają się nie rzadko jako zasinienie lub zaczerwienienie skóry, lub nawet jako wynaczynienia w skórze. Ze zboczeń troficznych wymienić należy zgrubienia przyskórka i pęcherze na dłoni i palcach, *eczema, panaritia, phlegmone*, zapalenia ścięgien lub większych stawów, zgrubienia kości śródręcza i t. p. Zanikowi ulegają najczęściej mięśnie ręki lub mięśnie łopatkowe i ramienne. W mięśniach zanikających zdarzają się drgania włókienkowe. Niedowład zdarza się najczęściej w zakresie nerwu łokciowego lub sprychowego. Czasem zboczenia ruchowe ograniczają się tylko do pewnej niezgrabności w ruchach ręki. Skutkiem niedowładu mięśni grzbietowych (a może z powodu zmian troficznych w kręgach) rozwija się skrzywienie stosu pacierzowego. Chorzy żalą się zwykle na uczucie ziębienia lub ciepła, potęgujące się aż do bólu, na uczucie ściskania lub gotowania w członkach, na mrowienie, często występujące bóle newralgiczne w rozmaicie długich napadach.

Prelegent omówiwszy następnie zmiany anatomo-patologiczne napotkane w syryngomyelii a cechujące się wytwarzaniem jam

w rdzeniu pacierzowym, kreśli teorye odnoszące się do genezy tej choroby. Kolejno omawia teoryę Virchowa-Leydena o ektazyi środkowego przewodu rdzenia pacierzowego, teoryę Simona-Schultzego o tworzeniu się i rozpadzie wsporniaków (*glioma*), teoryę Hallopeau o zapaleniu wyściółki kanału centralnego, teoryę Joffroya i Acharda o zapaleniu jamistem rdzenia (*myelite cavitaire*), teoryę zastoinową Langhansa-Kronthala i teoryę Hoffmanna o wrodzonych anomaliach rozwojowych (proliferacya przybłonka centralnego kanału i wyściółki, względnie proliferacya homologicznych grup komórek w linii zamknięcia przewodu środkowego, następowa hiperplazya neurogli, zwyrodnienie nerwów i naczyń, tworzenie się jam).

Po tej części wykładu kol. Prus przedstawia chorego z typową syryngomyelią. Chory czeladnik szewski, liczący 32 lat, zgłosił się do lecznicy lwowskiej do oddziału Dra Barącza z dwiema ranami na ramieniu lewem, z których jedna na 10 cm. długa a 2 cm. szeroka przebiegająca skośnie od góry i przodu ku dołowi i tyłowi okazywała dno pergaminowate z powodu obumarcia skóry na głębokości blisko $^1/_2$ cm., druga zaś poniżej mniejszych rozmiarów o dnie podobnem, częściowo pokryta pęcherzem wielkości orzecha laskowego. Gdy chory nie umiał nic powiedzieć o powstaniu tych ran i gdy dodał, że na całem ramieniu lewem od dłuższego czasu nie ma czucia, odesłał Dr. Barącz chorego do oddziału kol. Prusa. Badanie wykazało, że chory okazuje całkowite zniesienie czucia temperatury i czucia bólu nietylko na ramieniu lewem, lecz także na przedramieniu a mianowicie po stronie grzbietowej aż do stawu nadgarstkowego, po stronie zaś wewnętrznej (od strony dłoni) granica znieczulenia sięga tylko do połowy przedramienia nadto znieczulenie zajmuje lewą stronę klatki piersiowej z przodu blisko do pasa, z tyłu zaś okolicę łopatki lewej, również lewa strona szyi i karku jest nieczułą na ból i na temperaturę. W obszarze wymienionym przekłuwanie wielkich fałdów skóry na wskroś jak niemniej przypiekanie rozpalonem cygarem nie sprawia choremu żadnego bólu, a chory śniegu od wody gorącej nie jest w stanie odróżnić. Czucie dotyku i lokalizacyi oraz czucie mięśniowe utrzymane. Siła mięśni rąk prawidłowa. Chory ten podaje, że przed 10 laty wśród bólów łamiących w kończynie górnej lewej i wśród objawów lekkiego niedowładu mięśni ręki lewej utracił czucie w tejże kończynie. Przed pięciu laty potworzyły się na przedramieniu pęcherze dosyć wielkie bez wiadomej dlań przyczyny. Bole wspomniane powracają w różnych okresach czasu a najczęściej w zimie a chory dodaje, że w chwili, gdy bóle te rwące się zjawiają owłada nim pewna senność z powodu jednak bólów zasnąć nie może. Rany opisane powstały najprawdopodobniej skutkiem oparzenia z powodu oparcia się ramieniem na rurze gorącej w łaźni parowej.

W dalszym ciągu kreśli prelegent obraz choroby Morvana oraz stosunek tejże choroby do s y r y n g o m y e l i i i do trądu i wspomina o przypadku opisanym już w *Przeglądzie lekarskim* przed dwoma laty, a w którym to przypadku prelegent rozpoznał z wszelką ścisłością trąd.

W drugiej części swego wykładu omawia prelegent rzadsze formy syryngomyelii, łączące się z niekształceniem kończyn podobnie jak w a k r o m e g a l i i stawów i zarazem przedstawia kobietę cierpiącą na s y r y n g o m y e l i ę z zniekształceniem a k r o m e g a l i c z n e m ręki, z kolosalnym wysiękiem zapalnym w stawie barkowym i ze znacznem skrzywieniem stosu pacierzowego. Na podstawie tego przypadku prelegent określił stosunek s y r y n g o m y e l i i do a k r o m e g a l i i i do choroby zwanej *osteo-arthropathie hypertrophiante pneumonique* M a r i e g o, przytoczywszy przypadek tej ostatniej choroby z własnej praktyki. (Rzecz o stosunku s y r y n g o m y e l i i do a k r o m e g a l i i będzie ogłoszoną w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr, Feuerstein i Wernicki.

Nie wyczerpawszy porządku dziennego, posiedzenie z powodu spóźnionej pory zamknięto.

Sekretarz: *Uhma*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 2. Maja 1895 r.

— Wśród najpiękniejszej pogody odbył się w dniu 29. z. m. pogrzeb ś. p. profesora Rydla. Na trumnie Zmarłego złożono mnóstwo bardzo pięknych wieńców z szarfami o odpowiednich napisach, między innemi od Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, od Wydziału lekarskiego, od Towarzystw lekarskich warszawskiego i galicyjskiego, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (z napisem: Nieodżałowanemu Koledze — Towarzystwo lekarskie krakowskie), od Redakcyi *Przeglądu lekarskiego* (Dzielnemu Towarzyszowi pracy — Redakcya *Przeglądu lekarskiego*), od lekarzy szpitala św. Łazarza, od asystentów kliniki okulistycznej.

Nadeszło również wiele telegramów kondolencyjnych; między innymi przysłał na ręce rektora prof. Browicza J. Eks. Pan Minister Oświaty, Dr. Stanisław Madeyski telegram: „Zechciej Magnificencyo przyjąć i Senatowi wyrazić szczere moje współczucie z powodu straty poniesionej przez zgon prof. Rydla“, dalej przysłały telegramy dzienniki lekarskie warszawskie, Towarzystwo lekarzy galicyjskich, które wysłało na pogrzeb osobnych delegatów: protomedyka radcę Namiestnictwa, Dra Merunowicza, Dra Macheka i Dra Klemensa Dębickiego, Sekcya lwowska tegoż Towarzystwa, prof. Wicherkiewicz z Poznania.

Z uderzeniem godziny 4. słuchacze medycyny znieśli zwłoki swego profesora, złożone w czarnej metalowej trumnie, przed próg domu i tu je postawili. Po śpiewie chóru akademickiego zabrał głos rektor prof. Dr. B r o w i c z i pożegnał Zmarłego imieniem Uniwersytetu następującemi słowy:

„Ciężką żałobą dotknięty nasz Uniwersytet; żegnamy zasłużonego profesora, który przez przeszło ćwierć wieku był prawdziwą ozdobą naszej szkoły. Tem boleśniej dla mnie, iż żegnam dawnego mego nauczyciela i człowieka szczerze mnie przyjaznego, od którego niejednokrotnie w ważnych chwilach życzliwej rady i pomocy doznawałem.

Zgon przedwczesny dzielnego pracownika na niwie narodowej i naukowej jest szczególnie dla nas stratą znaczną; śmiało to o zgonie ś. p. Rydla twierdzić można. W pełni jeszcze sił i energii zgasł zawcześnie.

Nie wchodząc w ocenę stanowiska jego naukowego, ni miejsce, ni pora ku temu, zaznaczyć tu jednak muszę, iż był on w uniwersytecie naszym pierwszym, który skierował naukę okulistyki na tory właściwe i utrzymał ją do ostatnich chwil życia na wysokości najnowszych zdobyczy nauki.

Dzielny nauczyciel odznaczał się jasnym, praktycznym wykładem. Wykształcił cały zastęp lekarzy, przynoszących pożytek krajowi a pomiędzy nimi i takich, którzy specyalnie w tej gałęzi nauki lekarskiej dalszą pracą naukową przynoszą zaszczyt swemu nauczycielowi.

Charakterem prawym, niezłomnym, bez skazy, co w człowieku najwyżej cenić się winno, zjednał sobie ś. p. Rydel tak w życiu prywatnem, jak publicznem, nietylko pomiędzy ściślejszymi kolegami, ale w całym uniwersytecie i po za nim taki szacunek, jaki niewielu ludzi otacza. Nie mała to zasługa i chluba. Zgon takiego człowieka dotkliwie uczuć się daje.

Z serdecznym też żalem żegnam Cię w imieniu uniwersytetu, pamięć o Tobie w długie lata przechowa się w starej naszej szkole, której tak wiernie i chlubnie służyłeś.“

Po mowie tej ruszył orszak żałobny. Rozpoczynali go osieroceni chłopcy z zakładu X. Kazimierza Siemaszki; za nimi szły Siostry Miłosierdzia w licznym zastępie. Następnie dwie grupy młodzieży akademickiej w żałobnych strojach; jedna niosła wieniec Senatu akademickiego, druga wieniec od „wdzięcznej młodzieży“. Dalej szedł orszak duchowieństwa zakonnego i świeckiego, poprzedzający prowadzącego kondukt, X. prałata prof. Dra Pelczara w asyście. Trumna spoczywała na czterokonnym karawanie, zakrytym wieńcami. Uczniowie Zmarłego z własnej inicyatywy pragnęli ponieść trumnę na ramionach przez całą drogę; zaniechali tego zamiaru jedynie ze względu na wypowiedzianą za życia wolę Zmarłego. Około trumny bedele z berłami akademickiemi. Za trumną postępowała wdowa wraz z dziećmi, oraz liczne spokrewnione tak tutejsze, jak z kraju przybyłe rodziny. Dalej kilkutysięczny orszak, jakiego dawno nie widzieliśmy, będący wymownym wyrazem czci i poważania, na jakie zapracował całem swem życiem znakomity profesor i obywatel. Za rodziną szli profesorowie wszystkich Wydziałów Uniwersytetu, deputacya Towarzystwa lekarzy galicyjskich ze Lwowa, przedstawiciele władz, prawie wszyscy lekarze krakowscy i wielu przybyłych z prowincyi, obywatelstwo wszelkich sfer i zawodów, młodzież akademicka.

Orszak żałobny zatrzymał się w ulicy Kopernika przed gmachem klinicznym. W oknie I. piętra kliniki okulistycznej, w której murach profesor Rydel tak skuteczną rozwijał czynność dla społeczeństwa i cierpiącej ludzkości, wystawiono portret Zmarłego, otoczony żałobną krepą i przybrany laurem. Portret ten, dzieło p. Damazego, jest darem asystentów i elewów ś. p. Rydla, ofiarowanym klinice przy sposobności obchodu dwudziestopięcioletniej działalności profesorskiej Zmarłego.

Obchód ten, który pierwotnie według projektu Kolegów i uczniów miał przybrać charakter publicznego jubileuszu, ograniczył się do murów kliniki, wskutek niewzruszonej odmowy ś. p. Rydla, którego naturze wrodzony był wstręt do wszelkich głośnych demonstracyj. Przed frontem gmachu, pod portretem, stanął na wzniesieniu, otoczony asystentami klinik uniwersyteckich, Dr. Sroczyński, docent okulistyki i pożegnał Zmarłego rzewnemi, serdecznemi słowy: „Przy tych murach, gdzie przez ćwierć wieku wiodłeś nas ku światłu i światło powracałeś tysiącom tych, którzy go pozbawieni, żegnamy Cię, drogi Mistrzu! Dawni i obecni uczniowie, wychowańcy tej szkoły, którzyśmy, ucząc się od Ciebie, służyli Ci na tem miejscu, służymy Ci na tem miejscu dziś po raz ostatni. Dopiero przed rokiem taką samą usługę oddaliśmy Twemu druhowi, koledze i towarzyszowi lat szkolnych, ś. p. profesorowi Madurowiczowi; dziś i Ty, jak żóraw wierny swojemu stadu, zerwałeś się do odlotu". Mowca przytoczył dalej, że uczniowie, byli i obecni asystenci stracili najlepszego nauczyciela i kierownika jedynej uniwersyteckiej kliniki polskiej. Osobne słowa poświęcił zaletom charakteru Zmarłego. „Zawsze czujny i zawsze ruchliwy, zapomniał o potrzebie spoczynku, więc w końcu brakło mu snu. Wreszcie teraz przyszedł sen, ale inny. Teraz śpij spokojnie!"

Dalej przechodził orszak żałobny około szpitala św. Łazarza, również przybranego w żałobne chorągwie. U bram cmentarza ujęli trumnę byli uczniowie prof. Rydla i na marach ponieśli ją do grobowca. Tu po modłach duchowieństwa i odśpiewaniu pieśni żałobnych przez chór, przemówił nad trumną prof. Dr. Napoleon Cybulski. Mowca rozpoczął temi słowy: „Śmierć jest prawem natury; wszystko, co żyje, ulega temu prawu; to prawo nie zna wyjątku a jednak ta bezwzględna pewność, że tak jest, najbardziej filozoficzne rozważanie tego faktu, nie są zdolne ukoić naszego żalu, gdy wskutek tego prawa tracimy osoby nam drogie. A żal ten staje się tem większy, tem trudniej zdobyć się na rezygnacyę, jeżeli stajemy u otwartej mogiły, która ma zamknąć w sobie już nietylko osobę drogą, ale człowieka, którego życie miało doniosłe znaczenie społeczne, którego działalność nie zamykała się tylko w ciasnem kółku interesów osobistych, lecz szeroko, chociażby w pewnym zakresie, odbijała się na umysłach całego szeregu pokoleń. Właśnie takim człowiekiem był ten, którego w tej chwili oddajemy w chłodne objęcia ziemi. Następnie rozpatrzył mowca działalność naukową i profesorską Zmarłego, zaznaczając, że od roku 1860 wzbogacał on swojemi pracami literaturę nietylko ojczystą, ale także i obcą i nazwisko jego figuruje w okulistyce, w wydawnictwach zbiorowych niemieckich obok nazwiska Arlta i innych niemieckich okulistów. Sposób nauczania i własne zamiłowanie profesora do przedmiotu wszczepiło podobneż zamiłowanie u uczniów tak, iż dzisiaj w kraju naszym widzimy cały szereg specyalistów, którzy zawdzięczają swoją wiedzę wyłącznie tylko szkole krakowskiej. Dalej podniósł mowca wpływ prof. Rydla na młodzież i jego stałość w rzeczach publicznych. W każdej sprawie uczciwej, czy to w zakresie spraw uniwersyteckich, czy w sprawach publicznych szerszego zakresu, zawsze można było na pewne liczyć na prof. Rydla i mieć to przekonanie, że żadne względy postronne nie wejdą w grę przy ostatecznej jego decyzyi. To też tracąc go, tracimy nietylko życzliwego kolegę, nietylko dobrego profesora, świetnego pedagoga, lecz tracimy człowieka, który dla nas młodych był przedziwnym wzorem poczucia obowiązku i szlachetności charakteru, który był murem w wielu sprawach, o który mogły się oprzeć mniej zdecydowane i niewyrobione charaktery. Zakończył mowca słowy: „Niech te zalety Twego charakteru będą wzorem także dla Twoich synów. Z tym żalem głębokim żegnam Cię Kolego, niech Ci ziemia nasza będzie lekką!"

Z kolei zabrał głos w imieniu Towarzystwa lekarskiego krak. prezes prof. Dr. Walentowicz: „Szanowni słuchacze! Jako reprezentantowi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przypadł mi dzisiaj ten wielce smutny, lecz zarazem zaszczytny udział wyrazić nad tą świeżo powstać mającą mogiłą boleść i żal z powodu przedwczesnej i niepowetowanej straty naszego wielce zasłużonego członka a męża znakomitej wiedzy, nieskazitelnego charakteru i wielkiego serca. Czem był dla nas, wystarczy nadmienić, iż ś. p. prof. Rydel należał do niewielu już żyjących założycieli Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, którego nigdy nie opuszczał, poświęcając do ostatniej chwili swego życia dla jego dobra nietylko swój czas, lecz także najlepsze swoje siły umysłowe. Zawsze chętny i uczynny, nie uchylał się nigdy, lecz wspierał zawsze Towarzystwo nietylko swoją światłą radą, lecz brał także czynny udział we wszystkich sprawach, bądźto jako współpracownik w komisyach, bądź jako prelegent lub demonstrator, zachęcając młodszych do naśladownictwa. W uznaniu zasług około naszego Towarzystwa położonych, wybrany w r. 1889 prezesem, pozostawił po sobie najszczytniejsze wspomnienie. Oprócz tego wspomnieć muszę, iż był stałym, niestrudzonym i nieocenionym członkiem komisyi redakcyjnej *Przeglądu lekarskiego*, pracując jako referent lub jako znakomity znawca naszego języka, przez co przyczynił się nie mało do powodzenia i rozszerzenia jedynego pisma lekarskiego w Galicyi.

Owiany zawsze najszlachetniejszą miłością kraju, dobry kolega i dbały wielce o godność stanu lekarskiego, był wzorem, jak postępować i żyć, by zasłużyć na szacunek współczesnych i potomnych. Dla tych też przymiotów jego duszy i serca wywarła wieść o jego przedwczesnym zgonie nietylko w gronie członków naszego Towarzystwa, lecz także w innych krajowych i zagranicznych Towarzystwach lekarskich niekłamany żal, o czem świadczą dowodnie telegramy żałobne nadesłane na moje ręce, zawierające wyrazy szczerego współczucia i oddające cześć pamięci Zmarłego. Żegnając Cię na zawsze, przezacny Kolego i nigdy nie zapomniany przodowniku, w imieniu członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zapewniam Cię, że pamięć o Tobie nie wygaśnie między nami, bo zanadto głęboko wryła się w serca nasze. Spoczywaj więc w spokoju i niech ziemia, na której pracowałeś i którą ukochałeś, będzie Ci lekką!"

Wreszcie słuchacz V. roku medycyny, p. Hieronim Połok oddał imieniem młodzieży hołd pracy i zaletom serca Zmarłego. Po tych mowach złożono zwłoki w grobowcu rodziny Kremerów.

— Prezes Tow. lek. krak., profesor Dr. Walentowicz i redaktor *Przeglądu lekarskiego*, prof. Dr. Domański złożyli kondolencyą rodzinie ś. p. prof. Rydla imieniem pierwszy Towarzystwa lekarskiego, drugi redakcyi *Przeglądu lekarskiego*.

— W dniu 1. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem po oddaniu przez prezesa hołdu pamięci co właśnie zmarłego prof. Rydla, kol. prof. Rydygier mówił o splenopeksyi; w dyskusyi przemawiali koll. Buzdygan, Nowak i prelegent, poczem kol. Schwarz okazał tablice graficzne, przedstawiające liczbowo pojawianie się chorób wenerycznych u kobiet publicznych w Krakowie w ostatnich pięciu latach. W dyskusyi przemawiali obecny jako gość kol. Uhma, tudzież koll. Borzęcki, Zarewicz i prelegent.

— Na porządku dziennym walnego zgromadzenia francuskiego towarzystwa oftalmologicznego, odbywającego się właśnie w Paryżu, znajduje się prof. Wicherkiewicza z Poznania odczyt: kilka uwag o operacyi zaćmy następowej i demonstracya nowego modelu kampimetru kieszonkowego, tudzież odczyt prof. Gałęzowskiego z Paryża: o oderwaniu się siatkówki i jego leczeniu.

— **Izba lekarska w Krakowie** otrzymała w załatwieniu swego pisma (z dnia 4. Kwietnia b. r.) następujące rozporządzenie c. k. Namiestnictwa we Lwowie (z dnia 19. Kwietnia 1895).

L. 29841. Do WPanów Prezydentów miast Lwowa i Krakowa, c. k. Starostów we Lwowie, Drohobyczu, Krośnie, Sanoku, Nowym Sączu, Nowym Targu, Myślenicach, Gródku, Wieliczce, Gorlicach i Stryju.

Doszło do wiadomości c. k. Namiestnictwa, że niektórzy właściciele prywatnych zakładów leczniczych (hidropatycznych, dyetetycznych, domów zdrowia i t. p.), przyjmują do pomocy funkcyonaryuszów, nie posiadających jeszcze stopni naukowych, będących niekiedy uczniami pierwszych lat medycyny i poruczają im badanie i obserwowanie chorych a nawet wykonywanie takich czynności, które tylko dyplomowanym lekarzom są dozwolone.

Zważywszy, że w szpitalach publicznych czynności pomocnicze lekarskie, powyżej wyszczególnione, uskuteczniają tylko ukończeni i dyplomowani lekarze, niewłaściwą i nieodpowiednią jest rzeczą, aby w zakładach prywatnych, gdzie pomocy lekarskiej szukają pacyenci za znaczniejszą opłatą, takież czynności wykonywali medycy, nie posiadający dostatecznego wykształcenia zawodowego i uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej.

Zwracając uwagę na powyższe nieprawidłowości, c. k. Namiestnictwo poleca wezwać właścicieli i kierowników zakładów leczniczych w miejscu (1—2) i w powiecie (3—13) istniejących, aby do badania, obserwowania i leczenia chorych lub nawet tylko nadzorowania służby lekarskiej (w zakładach hydropatycznych) przyjmowali li tylko lekarzy dyplomowanych, do praktyki w kraju uprawnionych i aby o każdem przyjęciu lekarza pomocniczego dla zakładu Pana zawiadamiali najdalej do dni ośmiu i udowodnili prawo do wykonywania praktyki lekarskiej tego funkcyonaryusza.

Zarazem poleca się Panu w myśl rozporządzenia Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 18. Stycznia 1894. L. 29776, udzielonego Panu tut. rozporządzeniem z 14. Lutego 1894. L. 6572, czuwać nad tem, aby właściwa Izba lekarska o osiedleniu się lekarza na czas sezonu kąpielowego zawiadomioną była.

Wszelkie przekroczenia powyższego rozporządzenia należy karać wedle rozporz. minist. z 30. Września 1857. (Dz. p. p. Nr. 198.)

Lwów dnia 19. Kwietnia 1895. *Badeni* m. p.

— Na porządek dzienny obrad 13. międzynarodowego kongresu lekarskiego, mającego odbyć się, jak wiadomo w Moskwie, ma przyjść sprawa zapobiegania szerzeniu się kiły w Rosyi. Profesor Pospiełow w Moskwie zajmuje się przygotowaniami w tej mierze.

— W kantonie zurychskim w Szwajcaryi szerzy się przeciw wiwisekcyom agitacya, która doprowadziła już do zebrania w tej sprawie 11863 podpisów, czego prawnem będzie następstwem głosowanie ludowe nad pozwoleniem lub zakazaniem wiwisekcyj.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 24. z. m. w Komarowicach pod Przemyślem w 36. roku życia Dr. **Leon Rosenbusch**, lekarz powiatowy w Dolinie, na dur osutkowy, którego nabawił się niosąc pomoc choryin: w dniu 29. z. m. w Lipsku znany chirurg niemiecki profesor Thiersch w 73. roku życia; Dr. Danilewicz w Zyzmorach w gubernii wileńskiej.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 17-tym. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. (C. d.) M. Zweigbaum: O torbielach pochwy (dok.). N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*. Pasożyt chorobotwórczy dla ryb. — W *Medycynie* Nrze 17-tym. S. p. Dr. Władysław Frankowski. Wspomnienie pośmiertne. O. Bujwid i Wł. Palmirski: O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej. S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. — W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego*, zeszycie I. z roku 1895. Wł. Mikucki: Budowa histologiczna jajowodu z uwzględnieniem rozwoju fałdów i kanałów drugorzędnych. E. Bregman: O wstępującem zwyrodnieniu ruchowych i czuciowych nerwów mózgowych. Wł. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w skórze przy łuszczycy (*psoriasis*). Br. Pettyn: O pożywieniu ludności włościańskiej. H. Dobrzycki: Rys naukowo społecznej działalności prof. Wiktora Szokalskiego ze szczególnem uwzględnieniem Jego zasług położonych dla warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 231. **OGŁOSZENIE**

w sprawie obsadzenia posady lekarza fabrycznego przy c. k. głównej fabryce tytoniu w Winnikach.

Przy c. k. głównej fabryce tytoniu w Winnikach w Galicyi jest do obsadzenia posada lekarza fabrycznego.

Z posadą tą połączony jest obowiązek leczenia (także chirurgicznego) wszystkich chorych członków zakładu dla chorych robotników i wszystkich osób uszkodzonych podczas zajęcia w fabryce z uwzględnieniem istniejących tam instrukcyj, jakoteż ogólnych przepisów sanitarnych.

Nadto ma lekarz fabryczny wydawać kierownictwu fabryki orzeczenia przyjmowania robotników, przy ich oddalaniu wskutek niezdolności do pracy, jakoteż przy corocznym przeglądzie czasowych inwalidów, stanu robotniczego, oraz współdziałać przy wykonywaniu sanitarnych przepisów w głównej fabryce tytoniu.

Dalej obowiązany jest na żądanie zarządu fabryki wydawać orzeczenia o stanie zdrowia lub choroby urzędników i służby fabryki.

Instrukcya lekarza fabrycznego, jakoteż statuty i inne rozporządzenia zakładu dla chorych można przejrzeć w głównej fabryce tytoniu w Winnikach.

Honoraryum wynosi rocznie 800 złr., oraz ryczałt na koszta podróży 160 złr. Jedno i drugie wypłaca się z dołu, mianowicie honoraryum miesięcznie, ryczałt kwartalnie.

Zamianowanie lekarza fabryki tytoniu polega na stosunku ugodzonym z trzechmiesięcznym z obu stron terminem wypowiedzenia i nie daje prawa do pensyi lub innego zabezpieczenia.

Ubiegający się o tę posadę, którzy muszą być doktorami medycyny i chirurgii, względnie doktorami wszech nauk lekarskich, mają wnieść podania należycie ostemplowane wraz z dowodami uzdolnienia do wykonywania praktyki lekarskiej wraz dotychczasowego zajęcia, szczególnie na polu chorób kobiecych najpóźniej do dnia 15. Maja 1895 do c. k. głównej fabryki tytoniu w Winnikach.

Wiedeń, 17. Kwietnia 1895 r. 102—1—1

C. k. Jeneralna Dyrekcya.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 11. Maja 1895 r. Nr. 19.

Redakcya: [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: [illegible]

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: **prof. Dr. S. Domański.**

Przedpłatę przyjmują: [illegible] skiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Ge- [illegible] w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy [illegible]

Jeden numer [illegible]

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii (w nierównej refrakcyi ócz).

Podał

Doc. Dr. Franciszek Sroczyński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Większa część autorów potępiających w zasadzie korekcyę anizometropii a między nimi nawet autor tak poważny, jak Schmidt-Rimpler, powołuje się na trudności wynikające ze zmiany stosunków akomodacyi względnej, jaką wywołują szkła różnej siły łamiącej. Dla czytelników nieobytych należycie z temi pojęciami postaramy się znaczenie zarzutu tego wyjaśnić na przykładzie. Krótkowidz w stopniu 5 dyoptryj na prawem, 10 dyoptryj na lewem oku, przywykł choćby tylko na mocy oka prawego obywać się zupełnie bez akomodacyi aż do konwergencyi ócz na punkt na $\frac{100}{5}$ = 20 cm. odległy. Jeżeli mu damy szkła 5 dyoptryj obustronnie, to przy tej samej odległości punktu 20 cm. zniesie on szkła swoje zupełnie dobrze, teraz bowiem w grę może wejść oko prawe, które przy szkle 5 dyoptryj, mając jeszcze 5 dyoptryj Mp. może również dać zupełnie folgę akomodacyi. Przypuśćmy, że teraz patrzy on na ten sam punkt przy szkłach 5 dyoptryj na prawem, 10 dyoptryj na lewem oku, wówczas muszą wystąpić dolegliwości, będzie on musiał bowiem akomodować teraz na 5 dyoptryj przy tym stopniu zbieżności, gdzie się dawniej zupełnie bez akomodacyi obchodził. Szkła neutralizujące zatem anizometropią dążą do przełamania tego naturalnego związku, jaki zachodzi między akomodacyą a zbieżnością osi widzenia.

Na to w cytowanej już powyżej pracy odpowiedział zupełnie słusznie Greeff, że zarzut ten tyczyć się może tylko zupełnego wyrównywania wysokich stopni niemiarowości w ogóle „a jest to zgoła co innego, czy rozchodzi się o zrównanie różnicy refrakcyi obu ócz, czy też także o zneutralizowanie wysokich stopni niemiarowości. W ostatnim razie trzymać się należy zasad, które w ogóle obowiązują w przepisywaniu szkieł w wysokich stopniach krótkiego lub nadmiarowego wzroku“. Zresztą i sam Schmidt-Rimpler musiał odstąpić już od wspomnianego zapatrywania, skoro go w nowszych wydaniach swej książki nie powtórzył.

Z tej więc strony zwolennicy korekcyi anizometropii skrupułu robić sobie nie potrzebują.

Nierównie cięższej wagi są na szali zarzuty zrobione przez Dondersa. Jeżeli różnica w wielkości obrazków pod wpływem różnych szkieł jest rzeczywiście przyczyną wymienionych zaburzeń nerwowych, musielibyśmy raz na zawsze zrzec się myśli wyrównywania obchodzącej nas wady wzrokowej, jeżeli nie chcemy zdać się na łaskę i niełaskę nieznanej siły przyzwyczajenia. Nie możemy bowiem wpłynąć na wielkość obrazków, nie zmieniając zarazem siły łamiącej odpowiednich szkieł. Wprawdzie Donders w przypisku odpowiedniego rozdziału w dziele swem o zboczeniach refrakcyi i akomodacyi rzuca nawiasowo myśl, że możnaby wpłynąć na zrównanie obrazków przez stosowną kombinacyę szkieł silnie peryskopijnych (menisków), zwróconych ku jednemu oku płaszczyzną wklęsłą, ku drugiemu wypukłą, sam jednak przyznaje, że byłaby to zbyt delikatna metoda, aby mogła kiedykolwiek znaleść zastosowanie w praktyce. My zaś dodamy, że gdyby w ogóle do tego kiedy przyszło, to skutek niewątpliwie rozminął by się z celem, dziś bowiem po pracy Dimmera [1]), poświęconej działaniu szkieł o różnej krzywiźnie obu płaszczyzn, wiemy, że ze względu na siłę łamiącą silniejszego meniska nie jest rzeczą obojętną, czy

[1]) Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1891. April.

szkło takie wklęsłą czy wypukłą powierzchnią zwrócone jest ku oku. W rezultacie o tyle zyskalibyśmy na zrównaniu obrazków, ilebyśmy stracili lub przesadzili w sile łamiącej szkieł tak, że korekcya anizometropii stałaby się po prostu złudną.

Na tej więc drodze nie można się spodziewać rozwiązania zadania. A jednak myśl uzyskania idealnej korekcyi anizometropii tak jest sama w sobie ponętną, że umysły okulistów nie tak łatwo pogodzą się z zrezygnowanem *non possumus* Dondersa i niezależnie od wszelkich teoryj dążyć będą do rozwiązania zagadki.

Teorya Dondersa nigdy mnie zupełnie nie zadowolała. Jeżeli przyczyna zaburzeń nerwowych po zneutralizowaniu anizometropii szkłami ma być różnica wielkości obrazków na siatkówce, to dlaczegoż nie wywołuje ich różnica wielkości obrazków zależna już od samej różnicy refrakcyi. Wszakże wady refrakcyi w przeważnej części polegają na nieprawidłowej długości osi ocznej, co znowu wpływa na odległość punktu węzłowego od siatkówki a tem samem na wielkość obrazków. Jeżeli powie kto na to, że w przypadkach tych skutkiem trwania wady od urodzenia lub od wczesnych lat życia, wytworzyły się zwolna odrębne stósunki w korespondujących ze sobą miejscach siatkówki (tak zw. punkty identyczne), to i tak pozostanie jeszcze niezrozumiałem, dlaczego owych przykrych sensacyj nie doznają osoby z anizometropią wytworzoną nagle i w stopniu tak wysokim, jak to bywa n. p. po jednostronnej operacyi kataraktу.

Będąc sam anizometropem (Pr. o: M.p.=4 dyoptr. L. o: M.p.=2 D.) oddawna zajmowałem się tą kwestyą i chcąc sobie wyrobić sąd niezależnie od wszelkich teoryj, przedsięwziąłem szereg obserwacyj na sobie samym, które wreszcie doprowadziły mnie, jak sądzę, do stanowczego załatwienia sprawy. Badania przeprowadziłem przeważnie na sobie samym, przez co kontrola i analiza zjawisk mogła być dokładniejszą niż przy niepewnych, a nieokreślonych, podaniach chorych. Późniejsze badania i na innych osobach potwierdziły w zupełności wyniki uzyskane na mnie samym.

Rozpocząłem naturalnie od obserwacyi zjawisk, występujących po uzbrojeniu się w szkła neutralizujące anizometropię. Pierwsze wrażenie jest istotnie bardzo zachęcające: nigdy niebywała ostrość i wyrazistość konturów spostrzeganych przedmiotów, litery na tablicy Snellena wydają się jakby świeżo poczernione. Rychło jednak radość zmienia się w rozczarowanie. Za najmniejszym ruchem głowy lub oczu, przedmioty usuwają się niejako przed oczyma, zdaje się, że powała chwieje się, podłoga zapada. Po chwili zamiast oczekiwanego przyzwyczajenia, występuje zupełna dezoryentacya, zmienia się sąd o odległości i położeniu przedmiotów, występuje przykry zawrót i ból głowy, jak po długiem wirowaniu, wreszcie oczy poczynają łzawić, ręka chwyta mimowoli za szkła, aby ich się pozbyć. Przykre objawy nie znikają jednak wnet po zdjęciu okularów. Dezoryentacya trwa dalej, nadto mgła jakaś zasłania wzrok, co znika dopiero po zasłonięciu jednego oka. Natomiast ze zdziwieniem spostrzegłem, że przy czytaniu, mimo tej samej różnicy szkieł (2 dyoptryj), objawów powyższych nie było.

Aby uprościć doświadczenie i ułatwić sobie analizę zjawisk, robiłem dalsze spostrzeżenia w zaciemnionym pokoju, gdzie przedmiotem był płomień świecy. Wziąwszy teraz przed jedno oko szkło barwne, przekonałem się przedewszystkiem, że szkła wyrównywające różnicę refrakcyi moich ócz, wywołują zawsze dwuwidzenie, ile razy linia widzenia zbaczała ponad lub popod oś szkieł. Obrazek oka ze szkłem silniejszem ([illegible] dyoptryj) leżał wyżej, gdym patrzył przez dolną część szkła, niżej, gdym patrzył powyżej osi szkieł. Natomiast nawet przy największych ekskursyach ócz na boki dwuwidzenia w kierunku poziomym zauważyć nie mogłem. Teraz już nie ulegało dla mnie wątpliwości, że różnica w wielkości obrazków nie ma na rzeczone zjawiska najmniejszego wpływu, że czynnikiem istotnym jest po prostu to, że r ó ż n i c a w s i l e ł a m i ą c e j s z k i e ł d z i a ł a j a k o p r y z m a t. W ten sposób tłómaczy się zupełnie naturalnie, dlaczego dwuwidzenie występuje tylko przy odśrodkowem patrzeniu przez szkła, jak niemniej jasnem się staje zmienne położenie obrazków zdwojonych wedle tego, czy oś widzenia przechodzi przez górną czy dolną połowę szkieł. Dziwnem tylko w pierwszej chwili mogłoby się wydawać, dlaczego działanie to pryzmatyczne szkła uwidaczniało się tylko w kierunku pionowym, w poziomym zaś nie.

I to zjawisko znajduje swe ścisłe uzasadnienie w fizyologicznem działaniu pryzmatu na oczy. W gruncie rzeczy działanie fizyczne pryzmatu równe jest co do siły bez względu na kierunek, różnym jednak jest skutek fizyologiczny, zależy on bowiem od względnej siły danego mięśnia ocznego, który ma przezwyciężyć jego działanie a raczej od zdolności wyemancypowania się z pod prawidła ruchów sprzężonych. Fizyologia poucza, że pod tym względem największą zdolnością odznaczają się mięśnie proste wewnętrzne, wnet po nich idą mięśnie proste zewnętrzne, najsłabiej w tej mierze przedstawiają się mięśnie dźwigacze ku górze i ku dołowi. Badając własne oczy pod tym względem znalazłem następujące wartości w stopniach pryzmatu, który oczy moje jeszcze przezwyciężają:

m. rectus internus	pryzmat	25°
m. rectus externus	„	12°
m. rectus inferior	„	4°
m. rectus superior	„	1°

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu higienicznego w Krakowie.

Spostrzeżenia nad zarazkiem błonicy. Wytwarzanie toksyn. Otrzymywanie surowicy przeciwbłoniczej w Krakowie.

Podał
O. BUJWID.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Jeżelibyśmy obliczyli wielkość dawki ochronnej w stósunku do wagi zwierzęcia, to licząc za surowicę normalną tę, która chroni zwierzę wagi 500 grm. w ilości 0·1 czyli 1:5000 otrzymamy dla naszej surowicy wartość około [illegible]. Według obliczenia Roux'a byłoby to około [illegible].

W następnych doświadczeniach zmieniłem pierwotny sposób obliczeń, wprowadzając ilość toksyn równą tej, jakiej używa Behring, t. j. ilość zabójczą po 30—48 godz. W ten sposób cyfry otrzymane są mniej więcej jednakowe z otrzy-

manemi przez Behringa i Ehrlicha przy odpowiedniem zmniejszeniu ilości surowicy (około 2 razy) oraz przyjmując za wystarczającą tę dawkę toksyn, która nie wywołuje obrzęku.

Sprawdzając wyniki poprzednio otrzymane, znalazłem, że surowica Roux'a, pierwsza jaką miałem w Krakowie 8go Stycznia r. b. zawierała około 500—600 jednostek w 10 cm.³ podobnie jak i surowica BehringaNr. 1. Świnki morskie pozostają zupełnie zdrowe i bez obrzęku przy $\frac{1}{600}$ cm.³. Następnie otrzymane przesyłki zawierały surowicę silniejszą, blizką 1000 jednostek w 10 cm.³ a więc odpowiadającą surowicy Behringa Nr. 2.

Surowica krakowska w ciągu dalszych 2 miesięcy nabierała coraz większej siły i obecnie również jest bliską 1000 jednostek. Najsłabszą pokazała się surowica Aronsona, która zawierała około 400 jednostek w 10 cm.³.

Działanie surowicy zwierząt uodpornionych i jej otrzymywanie.

Gdy Miecznikow ogłosił teoryę fagocytarną, Behring wypowiedział jeden z pierwszych zdanie, że niszczenie zarazka w ustroju odbywa się nie skutkiem działania białych ciałek czyli fagocytów, ale w skutek działania płynów ustroju a więc substancyj chemicznych. Jak wiadomo, teorya ta nie została poparta doświadczeniem na żywym ustroju tak, iż obecnie po dalszych pracach Rouxa, Miecznikowa i szkoły Pasteura z jednej strony, samego zaś Behringa, Ehrlicha, Pfeiffera, Wassermana i w ogóle szkoły Kocha z drugiej, obie te teorye zdają się zbliżać i wskazywać na jednoczesne działanie tkanek i soków ustroju.

Jednem ze spostrzeżeń dokonanych wówczas było ważne odkrycie Behringa, mianowicie, że surowica krwi zwierząt uodpornionych produktami zarazków, zawiera pewne ciała niejako zobojętniające wpływ jadów zarazkowych czyli toksyn. Ciała te bliżej nieokreślone uzyskały nazwę antytoksyn. Pokazało się również, że owe antytoksyny nie znajdują się wcale w krwi zwierząt obdarzonych wrodzoną odpornością, ale muszą być wytworzone sztucznie przez wprowadzenie toksyny i wytwarzają się oraz utrzymują w ustroju wówczas tylko, gdy toksyna jest wprowadzaną. Gdy zaprzestaniemy toksynę wprowadzać, ustrój stopniowo przestaje wytwarzać antytoksynę.

W ten sposób udało się Behringowi oraz prof. Tizzoniemu i pani Cattani otrzymać antytoksynę tężcową, zaś Behringowi i Kitasato antytoksynę przeciwbłoniczą.

Z początku używano w tym celu zwierząt mniejszych, ale stopniowo używać zaczęto większych, mianowicie koni, które mogą dostarczyć znaczniejszych ilości surowicy a co ważniejsza, że surowica tych zwierząt nie posiada żadnego szkodliwego działania na ustrój ludzki.

Konie wytrzymują znaczną ilość toksyny błoniczej. Wrażliwość ich jednak jest prawie równa a może i większą od wrażliwości świnki morskiej. Silna toksyna zabija świnkę morską wagi 500 grm. w ilości 0·1 cm.³, jeden zaś koń, którego w tym celu poświęciłem, wagi 350 kilogr. padł pod działaniem 50 cm.³ tejże toksyny.

Stopniowo wstrzykując koniom coraz większe ilości toksyny, poczynając od 1—2 cm.³, można dojść w ciągu 3 miesięcy do 300—400 cm.³ silnej toksyny, która nie wywołuje wówczas żadnych szkodliwych następstw, prócz lekkiego obrzęku w miejscu szczepienia. U niektórych zwierząt po zastrzyknięciu otrzymujemy podniesienie się ciepłoty z 37 na 38—39. Już po pierwszych próbach mogłem przekonać się, że szczepienie koniom można uskuteczniać stopniowo dosyć szybko powiększając dawkę toksyn. Za miarę postępowania służyło mi zachowanie się i waga koni obok objawów miejscowych u nich spostrzeganych. W ogóle szczepienia robiono co drugi i trzeci dzień, niekiedy rzadziej; szczepienia wykonywałem w następujący sposób:

1) 1. dzień wstrzyknięto 1 cm.³ toksyn, obrzęk dosyć duży, ciepłota niepodniesiona.
2) 4. dzień 2 cm.³, obrzęk spory znika po dwóch dniach.
3) 7. dzień 2 cm.³
4) 11. dzień 4 cm.³
5) 13. dzień 8 cm.³, obrzęk niezbyt duży.
6) 15. dzień 10 cm.³, waga konia nieco spadła.
7) 18. dzień 12 cm.³
8) 20. dzień 12 cm.³
9) 22. dzień 12 cm.³
10) 26. dzień 12 cm.³, obrzęk bardzo nieznaczny.
11) 30. dzień 14 cm.³
12) 34. dzień 16 cm.³, waga konia się zwiększa, próba surowicy wykazuje znaczną siłę antytoksyczną.
13) 37. dzień 24 cm.³, obrzęk spory, bochenkowaty.
14) 41. dzień 24 cm.³, obrzęk nieznaczny.
15) 43. dzień 30 cm.³, obrzęk nie duży, surowica wykazuje b. znaczną siłę antytoksyczną.
16) 45. dzień 30 cm.³
17) 47. dzień 45 cm.³, obrzęk spory, ciepłota normalna.
18) 50. dzień 50 cm.³
19) 54. dzień 60 cm.³, obrzęk znika na drugi dzień.
20) 60. dzień 60 cm.³
21) 64. dzień 75 cm.³
22) 68. dzień 80 cm.³
23) 72. dzień 100 cm.³, obrzęk nie duży znika szybko

i t. d. obecnie t. j. po 4-ch miesiącach ilość toksyn wstrzykiwanych wynosi 350 cm.³ i w celu podwyższenia siły surowicy musi być wciąż powiększana.

Godną uwagi jest okoliczność, że surowica z tego konia niezwykle szybko była silnie antytoksyczna. 34-go dnia po rozpoczęciu szczepień już można było otrzymać surowicę około 10 razy silniejszą od normalnej.

Po dalszych dwu tygodniach siła surowicy szybko wzrosła do cyfry prawie odpowiadającej sile surowicy Roux'a i Behringa Nr. 1. Od tego czasu wzrastanie odbywa się stopniowo i siła surowicy dochodzi już do 1000 jednostek w 10 cm.³.

Nie wszystkie konie zachowują się w ten sposób. Drugi koń w Krakowie oraz trzy konie w Warszawie, których uodpornianiem zajęci jesteśmy z kol. Palmirskim, dały w tym czasie surowicę słabszą; siła jej powiększyła się dopiero przy dawkach toksyn wynoszących 250—400 cm.³ i wzrosła obecnie również do tysiąca jednostek w 10 cm.³, częściowo zaś nawet znacznie przewyższyła tę cyfrę.

Wypada zaznaczyć, że konie poddane zostały próbie z malleiną; nie okazały one po zastrzyknięciu malleiny ani ogólnej ani miejscowej reakcyi. Koni warszawskich jako pozostających przez długi czas w jednych rękach u prywatnego właściciela pod ciągłą obserwacyą, przytem bardzo silnych, wyjątkowo zdrowych, próbie malleinowej nie poddano.

Po pierwszych szczepieniach widoczna była u koni utrata na wadze; po kilku injekcyach można było jednak dostrzedz coraz krócej trwający odczyn miejscowy i przybytek na wadze tak, iż można było łatwo powiększać ilość wstrzykiwanych toksyn.

Puszczanie krwi w celu zebrania surowicy odbywa się za pomocą trójgrańca Collin'a. Po wyjałowieniu tego przyrządu w parowarze i oczyszczeniu miejsca operacyi na szyi konia 2% fenolem, wkłuwam trójgraniec pod skórę a następnie przebijam uciśniętą od dołu żyłę szyjną *(vena jugularis)*. Krew wypływa strumieniem do wyjałowionych dużych kolb Erlenmeyera. Po ustaniu się około skrzepu włóknikowego, co następuje w 2—3 dni, otrzymujemy bardzo klarowną surowicę; jest ona nieco więcej zabarwioną, gdy ją przedtem odwłókniono. W celu dłuższego przechowania dodaję nieco chloroformu; dotąd nie stosowałem dodatku fenolu, którego trzeba by starać się o ile możności unikać ze względu na możliwość ubocznego działania. Stósuje się to mianowicie do surowicy słabszej, którą trzeba wstrzykiwać w ilości 20 cm.³. Wprowadza się wówczas około 0·1 fenolu, co dla ustroju dziecka może być nieobojętne.

Mała ilość chloroformu, jaka rozpuszcza się w surowicy, jest o ile stwierdziliśmy na kilkunastu przypadkach, zupełnie obojętną miejscowo i ogólnie.

Po ustaniu zlewa się surowicę do flaszek wyjałowionych parą w 120° C. i zakorkowywa w tenże sposób wyjałowionym korkiem.

Dotychczas nie dostrzegliśmy przy stosowaniu tak zbieranej surowicy żadnego ubocznego działania miejscowego.

W tej chwili nie mogę dotykać wpływu leczniczego naszej surowicy. W ogólności tylko zaznaczyć mogę widoczne działanie, nieustępujące innym gatunkom surowicy, stwierdzone przez profesora Jakubowskiego, Drów Raczyńskiego i Słapę w Krakowie a przez kol. Malinowskiego w Warszawie. Będzie to zadaniem osobnej pracy.

Należy nadmienić, że działanie korzystne, występujące przy surowicy, zależy, jak to Roux zaznacza, od wstrzyknięcia odrazu dostatecznej ilości surowicy. W tym celu należy stosować u dzieci starszych nad 12 miesięcy niemniej od 1000 jednostek, czyli 2 flaszeczki surowicy Behringa Nr. 1, albo 1 flaszeczkę Nr. 2 Behringa, lub Rouxa. To samo stosuje się i do naszej surowicy, która mniej więcej odpowiada Nr. 2 Behringa. U dzieci młodszych i w przypadkach świeżych można stosować mniej a więc tylko jedną flaszeczkę, (względnie pół flaszeczki).

To też, gdy z początku w Krakowie stosowano dawki zamałe, widzieć było można wpływ surowicy tylko w słabszych przypadkach i śmiertelność była z początku znacznie większa.

Przytoczyć również należy, że niektóre rodzaje surowicy dają częściej od innych występujące po kilku dniach wysypki, które jakkolwiek przebiegają bez szkodliwych następstw, sa jednak nieprzyjemnym objawem. Jeden z naszych koni szczególnie się tem odznaczał, tak iż musieliśmy zaprzestać używać jego surowicy.

Surowica nigdy nie daje objawów miejscowych, dzięki temu, że otrzymuje się ją bez żadnych zanieczyśń. Ażeby nic obcego przy szczepieniu nie wprowadzić, co mogłoby sprowadzić ropień, należy strzykawkę, jak również i miejsce wkłucia oczyścić stosownie. W tym celu powierzchnię skóry w miejscu szczepienia na biodrze lub brzuchu należy starannie obmyć 2% roztworem fenolu, strzykawkę zaś najlepiej wygotować w wodzie, lub przepłukać wodą gorącą i alkoholem, lub 2% fenolem. Po użyciu, również należy ją oczyścić w podobny sposób. W ten sposób unikniemy miejscowych komplikacyj. Nie od rzeczy, sądzę dodać, że ręce przed zastrzykiwaniem umyć należy tak, jak przed każdą operacyą.

III. Przyczynek do nauki o nagłej śmierci osesków.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

Odwołując się do tych ostatnich właśnie przypadków, przypomnę przypadek, który w roku ubiegłym stał się powodem dyskusyi w towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem [13]). Schnitzler, asystent kliniki chirurgicznej Alberta, doniósł o przypadku wyłuszczenia wola z powodu choroby Basedowa. Po szczęśliwem dokonaniu zabiegu, trwającego blisko 2 godziny, chora przebudziła się z narkozy, przez kwadrans okazywała zupełną euforyę, gdy nagle twarz jej zbladła, oddechanie ustało i nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała utrzymaną grasicę, nadto wąskość układu tętniczego, powiększenie follikułów w gardle i jelitach. Za przyczynę śmierci przyjęto *status thymicus*.

R. Paltauf zwrócił uwagę w dyskusyi nad tym przypadkiem na względną częstość nagłej śmierci u ludzi z powiększeniem, względnie utrzymaniem grasicy, wspomniał o wynikach badań brata swego nad tem zjawiskiem, wreszcie oświadczył, iż nie ma najmniejszej anatomicznej podstawy do upatrywania związku przyczynowego między nagłą śmiercią a powiększeniem, względnie zachowaniem w późniejszym wieku grasicy, zwłaszcza, iż histologiczne poszukiwania Schaffera nie wykazały w zachowanych w późniejszym wieku grasicach tkanki gruczołowej, tylko tkankę tłuszczową.

Rozpatrując bliżej przypadek Schnitzlera, przychodzi mi na pamięć bardzo doń podobny przypadek z oddziału profesora Obalińskiego, o którym szczegółowo wspomniałem w swych spostrzeżeniach nad narkozą [14]). W tym przypadku przebudził się po zabiegu, wykonanym celem usunięcia kostniaka szczęki dolnej, 16-letni młodzieniec, siedział o własnej sile przy zakładaniu opatrunku, nagle zbladł, ustało oddechanie i nastąpiła śmierć. Sekcya przyczyny śmierci nie wykazała, znaleziono tylko grasicę, ważącą 22 grm. i obrzęk płuca. Przypadek powyższy tłómaczyłem wedle Richardsona wstrząsem.

Zastanawiając się nad tymi powyżej omówionymi przypadkami, budzi się mimowoli chęć przychylenia się do teoryi o przeroście grasicy, jako przyczynie nagłej śmierci. W istocie dziwną wydaje się owa częstość nagłej śmierci u osób mających w późniejszym wieku grasicę. Przyznać trzeba, iż stoimy wobec zagadki tem trudniejszej do rozwiązania, iż nie znamy jeszcze czynności i przeznaczenia grasicy.

Korzystając z materyału łaskawie sobie udzielonego przez czcigodnego pana rektora prof. Browicza, jakoteż i z ma-

[13]) Sitzung der k. k. Gesellschaft d. A. i. Wien am 11. Mai 1894.

[14]) Spostrzeżenia nad narkozą i t. d. Zestawił Dr. Wachholz. Przegl. lek. 1891. Toż samo Langenbecks Archiv. Bd. 43. H. 2.

teryału zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jagiel., rozpocząłem poszukiwania w przeznaczonej sprawie już przed dwoma laty, które jednak musiałem przerwać niezależnie od swej woli. Stale zwracałem uwagę na częstość pojawiania się powiększonej grasicy u osesków, na jej topograficzne stosunki, przy równoczesnem uwzględnianiu przyczyny śmierci.

Spostrzeżenia moje opierają się na materyale obejmującym 48 zwłok, na które przypada 20 noworodków częścią donoszonych, częścią niedonoszonych a zaledwie troje dzieci w wieku przekraczającym rok, t. j. dwoje liczących $1^1/_2$ roku a jedno dwuletnie. W 13-tu przypadkach przekraczała grasica tak swymi rozmiarami jak i ciężarem normę.

Najniższy ciężar w tych 13-tu przypadkach wynosił 12 grm. u 6-tygodniowego dziecka płci męskiej, zresztą ciężar wynosił 13 grm. u 10-miesięcznego dziewczęcia, 14 grm. u 5-miesiecznego chłopca, 15 grm. u noworodka żeńskiego i u 11-miesięcznego dziewczęcia, 16 grm. u noworodka zmarłego w 4 godziny po urodzeniu i u 6-tygodniowego chłopca, 26 grm. u noworodka żeńskiego i u $1^1/_2$ rocznego chłopca, 23 grm. u $1^1/_2$ rocznego dziewczęcia, 27 grm. u 9-miesięcznego chłopca, $27^1/_2$ grm. u 2-letniego chłopca i 35 grm. u 3-miesięcznego chłopca. Z wyjątkiem trzech przypadków, wykazała sekcya w pozostałych dostatecznie przyczynę śmierci tak, iż nie zachodziła potrzeba uciekania się do obwiniania przerostu grasicy o przyczynę śmierci, zwłaszcza, że i brak płynności krwi a obecność skrzepów przemawiała za śmiercią powolną a nie nagłą. W jednym z tych pozostałych 10 przypadków była tchawica w wymiarze z przodu w tył spłaszczoną tak, iż wobec powiększenia grasicy (16 grm.) zachodziło podejrzenie uciśnięcia tchawicy. Tymczasem wykazały wywiady, że dziecię to a raczej noworodek zmarł w 4 godziny po ciężkim porodzie, że w przypadku tym musiano z powodu ścieśnienia miednicy matki wykonać obrót na nóżki i ręczne dobycie płodu a ponieważ przejście główki sprawiało trudności, przeto wykonywano silne trakcye, przy których szyja płodu mocno się naciągała. Inny z owych 10 przypadków zasługuje również na uwagę, jakkolwiek z odmiennego powodu. Przypadek ten tyczył się ośmiomiesięcznego płodu urodzonego przedwcześnie z matki, która uległa zaczadzeniu. Grasica ważyła 17 grm. a sekcya wykazała liczne wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe ciemnego zabarwienia i krew ciemna mazistą.

Wiadomo, że nie wszystkie trucizny zażyte przez matkę udzielają się płodowi, że przejście trucizn z ustroju matki do płodu zależy głównie od zdolności dyfuzyjnej danego przetworu. Otóż badania doświadczalne, wykonane przez Hofmanna i Ludwiga, jakoteż i spostrzeżenie Falka [15]) wykazały wbrew doświadczeniom Fehlinga, iż CO nie przechodzi z matki do płodu. Ścisłe badanie widmowe krwi płodu w naszym przypadku nie wykazało za to śladu CO, toż samo badanie widmowe mięśni klatki piersiowej, wykonane w myśl F. Falka [16]).

W dalszych dwóch przypadkach wykryto dur brzuszny, jako przyczynę śmierci. Oba te przypadki zasługują z tego względu na uwagę, że tyczą się 5 i 9-miesięcznych chłopców a jak wiadomo, wydarza się dur brzuszny u dzieci w pierwszym roku życia bardzo rzadko [17]). Obraz anatomiczny był typowy; mianowicie znaleziono obrzęk śledziony, różyczkę na skórze brzucha i klatki piersiowej, naciek rdzeniasty w kępkach Peyera i ostre obrzmienie gruczołów kreskowych i zaotrzewnowych.

W trzech przypadkach nagłej śmierci u $1^1/_2$ rocznej dziewczynki, 2-letniego i 6-tygodniowego chłopczyka, w których zarządzono sekcyę policyjno-sanitarną, nie wykryto przyczyny zejścia śmiertelnego. Wywiady co do okoliczności, w których śmierć nastąpiła, były bez znaczenia. W pierwszym z nich prócz powiększenia grasicy, (9 cm. długa, 5 cm. szeroka, 1·5 mm. największa grubość, ciężar $27^1/_2$ grm.) znaleziono liczne wynaczynionki pod opłucną i pod osierdziem, powiększenie śledziony i gruczołów limfatycznych, płynną krew i przekrwienie płuc miernego stopnia. Tchawica była prawidłowa, nigdzie nie uciśnięta, płuca wszędzie powietrzne nie okazywały w częściach sąsiadujących z grasicą niedodmy.

Wobec tego wyniku sekcyi wykluczoną była możliwość ucisku tchawicy jako przyczyny śmierci, natomiast przemawiała całość obrazu za uduszeniem. Czy jednak uduszenie to nastąpiło z przyczyn, o których wspomina Vibert, czy też wywołało śmierć powiększenie grasicy w inny sposób, jak przez ucisk na tchawicę, czy też wreszcie należało szukać przyczyny śmierci nagłej w tak zwanym przez Paltaufa *status thymicus*, zwłaszcza, iż cały układ limfatyczny przedstawiał u dziecięcia obraz hiperplazyi, nie można było rozstrzygnąć, a ponieważ zasada sądowo-lekarska głosi *in dubiis mitius*, przeto brzmiało orzeczenie, iż nic nie przemawia przeciw przypuszczeniu naturalnej śmierci, do której powiększenie całego systemu limfatycznego i grasicy przyczynić się mogły.

Drugi przypadek tyczył się $1^1/_2$ rocznego dziewczęcia, u którego grasica ważyła 23 grm., długość jej 8 cm., szerokość 4·5 cm., największa grubość 1·5 cm. W tym jednak przypadku wykazano nadto wybitne ślady krzywicy (różaniec), było mało wynaczynionek pod opłucną, pod osierdziem zaś wcale ich nie było.

W trzecim przypadku (6-tygodniowy chłopiec), w którym również jak w poprzednich wykonano sekcyę policyjno-sanitarną, wynosił ciężar grasicy 12 grm., długość jej 5 cm., szerokość 4 cm., grubość 1 cm. Zmian żadnych nie znaleziono, nawet wynaczynionek pod opłucną, gruczoły chłonne były powiększone, krew płynna.

Zatem w 3 tych przypadkach spotkaliśmy się z nagłą śmiercią, której zagadkowa przyroda nie dała się wyjaśnić na podstawie obdukcyi, jedynie tylko przez przyjęcie owego zresztą nie wiele tłómaczącego *status thymicus*.

Z tych zawcześnie przerwanych poszukiwań wynika, że:

1) u dzieci w pierwszych okresach życia wydarza się śmierć nagła, której przyrody sekcya nie jest w stanie wyjaśnić z przyczyny, iż nie wykazuje.

2) że prócz płynności krwi, znamion śmierci z uduszenia, których często nawet brakuje, dostrzega się powiększenie mniej lub więcej wybitne grasicy i układu limfatycznego.

3) że ucisk grasicy na tchawicę lub płuca jest wykluczony.

W jaki zaś sposób przychodzi do zejścia śmiertelnego, czy się doń przyczynia ów *status thymicus*, czy śmierć jest wynikiem zatamowania czynności ośrodków, ważnej dla życia, jak to tłómaczy Vibert, pozostaje zagadką, której wyjaśnienie, co najmniej, trzeba pozostawić dalszym spostrzeżeniom i badaniom.

---

15) Lehrb. d. ger. Med. von Hofmann. VI. A. 1893.
16) l. c.
17) Eichhorst: Hbch. d. spec. Path. u. Therapie.

Dla lekarza sądowego wystarczy wiedzieć o podobnych przypadkach, aby w danym razie nie zapuszczał się zbyt daleko w domysły, mogące wyjść na niekorzyść niewinnemu, a na ujmę sprawiedliwości.

Przy sposobności powyższych badań dostrzegłem w niektórych przypadkach w grasicy stan przeciwny temu, o jakim była dotąd mowa.

W roku zeszłym ogłosił Seydel [18]) przyczynek do dyagnostyki śmierci z wygłodzenia u dzieci. Widział on w podobnych przypadkach znaczne pomniejszenie a nawet zupełny a przedwczesny zanik grasicy. Zdaniem jego stanowi grasica rodzaj spichlerza, w którym się gromadzi materyał zapasowy do odżywiania ustroju. Gdy grasica bywa dobrze rozwinięta u dzieci dobrze odżywionych, to u głodzonych, niewłaściwie odżywianych jest ona w stanie zaniku. Już sam Seydel przyznaje, że zmiana przezeń dostrzeżona zyska wówczas na znaczeniu dyagnostycznem dla śmierci z wygłodzenia (a wiadomo, iż byłoby to bardzo pożądane wobec nicości dotychczasowej dyagnostyki), jeźli się okaże, iż inne zaburzenia ustroju jej nie wywołują. Otóż moje spostrzeżenia wykazały w 5 przypadkach w zwłokach dzieci liczących dwa razy po miesiącu, raz 6 tygodni, raz 2 miesiące a raz $2^1/_2$ miesiąca, zanik grasicy znacznego stopnia, tak, iż grasica ważyła gram a najwyżej 2 gramy. We wszystkich tych przypadkach wykazała sekcya przewlóczny nieżyt jelit często z wybitnym ogólnym zanikiem (*atrophia infantilis*). Natomiast ważyła grasica 35 grm. u 2-miesięcznego chłopca, który zmarł z choroby zakaźnej, osutkowej, za czem przemawiało łuszczenie się przyskórka na całem ciele i wykazane przez sekcyę zmiany, jak ostry obrzęk śledziony, świeże zapalenie nerek, ostry nieżyt oskrzelowy i obrzęk mózgu.

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Divergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,
asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Jako szczególne znamiona tej choroby podaje Besnier następujące: 1) Zrogowacenie warstw przyskórkowych w miejscach odpowiadających mieszkom (*folliculi*), 2) wytwarzanie się wielkiej ilości łusek, 3) zaczerwienienie skóry obfitej w dosyć głębokie bruzdy wskutek nacieku w warstwach głębszych, jednem słowem obraz chorobowy, który na pierwszy rzut oka trudno odróżnić od dawnej *folliculitis rubra* Wilsona, lub od *hyperkeratosis follicularis* Kaposiego. Zupełnie taksamo opisuje Besnier swoją *xerodermie pilaire erythémateuse*, a Brocq swoją *keretosis pilaris rubra*. *Pityriasis rubra pilaire* (Divergie-Richaud-Besnier) oddzielono od poprzednich typów chorobowych chyba tylko dlatego, że w charakterystyczny sobie sposób lokalizuje się na dłoniach i podeszwach, czego nie uważano w odmianach wyżej wymienionych. Obraz chorobowy *pityriasis rubra pilaris* (Divergie-Richaud-Besnier) jest zwykle następujący; *pityriasis capitis* niepołączona z wypadaniem włosów w znaczniejszej liczbie; skóra twarzy napięta, pokryta łuskami, czasami w tak wielkiej ilości, iż robią wrażenie białej maski, ciało pokryte guzkami twardymi, barwy od szarej do brunatno czerwonej, z których każdy jest przebity włosem, co się szczególniej uwydatnia na falangach palców po stronie wyprostnej. Na dłoni i podeszwie silna eksfoliacya przyskórka. Paznogcie są również często siedzibą choroby, chociaż zwykle w niezbyt wysokim stopniu. Przebieg choroby nader przewlekły, rokowanie co do życia zawsze dobre.

Że rozpoznanie choroby tej przedstawia niepospolite trudności, nie ulega wątpliwości, skoro klinik tej miary, jak Kaposi do dziś dnia bierze ją za jedno ze swoim *lichen ruber accuminatus*, czyli podług niego z *lichen ruber* Hebry. Dało to powód do bardzo żywej dyskusyi na zjeździe dermatologów w Paryżu w r. 1889 i od tego czasu ciągle odzywają się głosy potępiające branie obu tych chorób za jedną a to z powodów bardzo słusznych.

Podczas pobytu swego w Paryżu obserwowałem w *l'Hôpital Saint-Louis* 7 przypadków *pityriasis rubra pilaire* (Divergie-Richaud-Besnier); z tych 4 w *consultation externe*, 2 u Hallepeau'a a 1 w klinice Besniera. Były to typowe przypadki przedstawiające wszystkie objawy, cechujące tę chorobę, u osób przeważnie młodych, zresztą zupełnie zdrowych i dobrze odżywionych. Że *pityriasis rubra pilaire* jest zupełnie podobną do *lichen ruber accuminatus Kaposi*, to nie ulega wątpliwości i dziwić się nie można autorom, którzy twierdzą, że Kaposi opisując swój *lichen ruber accuminatus* nie opisuje nic innego, jak tylko właśnie *pityriasis pilaire* a nie *lichen ruber* Hebry. Ponieważ od czasów Hebry nikt nie obserwował już podobnie ciężkich przypadków, jak owe 14 zakończonych śmiercią, które tenże autor opisał jako *lichen ruber*, przeto nikt stanowczo sprawdzić nie jest w stanie, czy przypadki opisywane i przedstawiane jako *lichen accuminatus Kaposi* odpowiadają w zupełności sprawie chorobowej spostrzeganej za czasów Hebry.

Podług Kaposiego, przypadki jego *lichen ruber accuminatus* dlatego nie kończą się teraz śmiertelnie, ponieważ obecnie każdego chorego leczy się arszenikiem od samego początku choroby, przez co również nie przychodzi nigdy do takich objawów ogólnych, jakie cechowały przypadki Hebry. W każdym razie oświadczyć należy, że dzisiaj przypadki *lichen ruber* w formie samych guzków kończystych należą do największych rzadkości. Podczas bytności mojej przeszło dwuletniej w klinice Kaposiego nie widziałem ani jednego takiego przypadku, z formą zaś *lichen planus* spotykałem się nader często, podobnie z formą mięszaną tejże choroby.

Czy zatem bardzo wiele przypadków *lichen accuminatus Kaposi* jako takich opisanych nie odnosiło się do przypadków *pityriasis pilaris* Divergiego, tego powiedzieć nie umiem, ale że żadną miarą nie można *pityriasis rubra pilaris* brać za jedno z *lichen ruber Hebrae*, o tem nie mam najmniejszych wątpliwości. Siedm przypadków tej choroby, które obserwowałem w Paryżu, jakoteż liczne preparaty histologiczne, które porównywałem z preparatami z *lichen exudativus*, przekonały mię aż nadto, że mamy tu do czynienia z dwoma zupełnie od siebie różnemi chorobami skórnemi, które tak w przebiegu klinicznym, jakoteż pod względem swej patogenezy nic mają ze sobą nic wspólnego.

Rozpoczynając od obrazu, jaki przedstawia skóra w przypadkach *pityriasis pilaris*, spostrzegamy pewne subtelne zna-

[18]) Ein Zeichen d. Erschopfungstodes durch mangelhafte Ernährung bei jungen Kindern. Vierteljschr. f. ger. Med. 1894. VII. Bd. 2. H.

miona wyróżniające tę chorobę od tak na pozór podobnej do niej pierzchnicy Hebry. Znamiona te występują szczególnie wybitnie tam, gdzie guzki zlewając się ze sobą, tworzą duże wyspy, pokryte łuszczącym się, zrogowaciałym przyskórkiem, gdzie przychodzi również do zbitszego nacieku, który w pierzchnicy Hebry tak wybitną odgrywa rolę. Wysepki różowe w *pityriasis pilaris* są zazwyczaj połysku srebrnego i sprawiają wrażenie w dotknięciu do gęsiej skóry podobne, ale nadaremnie szukamy tutaj owego *l'etat chagriné*, tego podziału na niezliczoną ilość małych pól, co przecież Hebra opisał jako jedno ze znamion właściwych swojej pierzchnicy. Łuski, pokrywające miejsce chore w *pityriasis pilaris*, dadzą się z łatwością usunąć paznogciem i to całymi płatami, warstwy zaś przyskórka, pokrywające guziczki pierzchnicy Hebry, stanowią z guziczkami niejako jedną całość, co zresztą dokładnie uwydatnia się w każdym preparacie histologicznym.

Badanie drobnowidowe wykazuje w obydwu chorobach wybitne różnice. W *lichen ruber* powstają guziczki pierwotnie w *corium*, tamże przychodzi do nacieku drobnokomórkowego, guziczki stają się coraz większe i wypierają warstwy powyżej leżące ku górze. Pochewki włosowe zmieniają swą postać cylindryczną, zamieniając się na twory stożkowate z podstawą ku górze zwróconą tak, że pomiędzy pniem włosa a częścią pochewki w uchyłku włosowym znajduje się przestrzeń wolna, pochewka robi wrażenie tutki, w której włos tkwi luźnie. Naciek komórkowy w brodawkach rozpoczyna się równocześnie z powstawaniem guziczków, t. j. w samym początku choroby. Niemal odwrotnie ma się rzecz w *pityriasis pilaris:* gdy w pierzchnicy sprawa chorobowa rozpoczyna się w *corium* i szerzy ku górze, tutaj wychodzi sprawa chorobowa z sieci Malpighiego. Niektórzy autorowie, jak Hans Hebra, twierdzą nawet, że sprawa rozpoczyna się w przyskórku i to w warstwie rogowej, chociaż nie mogłem tego stwierdzić na żadnym z widzianych preparatów; to jednak pewne, że sprawa rozpoczyna się powyżej *corium* i że dopiero następowo przychodzi do nacieku w brodawkach i to po dłuższem trwaniu choroby. Wypustki sieci Malpighiego wkraczają nieco głębiej pomiędzy brodawki a *stratum granulosum* okazuje zawsze zmiany, najczęściej zanikowe. Podług Boecka przychodzi również zaraz w początkach choroby do zrogowacenia górnych warstw przyskórka w formie zwróconych podstawą ku górze stożków, z których każdy w środku przebity jest włosem (*circumpiläre Hornkegel*). Jeżeli więc oglądamy preparaty z *lichen ruber* w pierwszym okresie rozwoju tej choroby a następnie z *pityriasis pilaris* już bardzo długi czas trwającej, to przyznać musimy, że obrazy histologiczne w obu przypadkach są łudząco do siebie podobne; tu i tam spotykamy się z naciekiem w ciałkach brodawkowatych skóry, tak tu, jak i tam widzimy wytwarzanie się potężnych złogów zrogowaciałego przyskórka; musimy więc zawsze porównywać ze sobą preparaty, wzięte niejako z odpowiadających sobie okresów choroby a wtedy napotykamy tam z pewnością różnice wyżej opisane.

Co do przebiegu choroby, jej natężenia i ostatecznie rokowania, musimy również obie te sprawy patologiczne niejako sobie przeciwstawić. *Pityriasis rubra pilaris* nie przebiega nigdy tak ostro, jak *lichen ruber*; ten ostatni dochodzi niekiedy w przeciągu kilku tygodni do rozkwitu, *pityriasis pilaris* nie osiąga nigdy *maximum* swego rozwoju w tak krótkim czasie; spotykamy wprawdzie i tutaj ostre erupcye, nie zajmują one jednak nigdy odrazu tak wielkich obszarów, jak *lichen ruber*. *Lichen ruber* sam sobie pozostawiony, prowadzi, jak już wyżej wspominaliśmy, do zaburzeń w odżywieniu i w ogóle w ekonomii organizmu, *pityriasis pilaris* zaś nie wywołuje nigdy charłactwa i pozostawiona bez leczenia wprawdzie recydywuje, ale pozwala zawsze rokować pomyślnie co do życia. (Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas od otwarcia oddziału, t. j. od 7. Czerwca do końca 1894 r.

Podał
Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell., praktykant oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Przechodząc do sprawozdania z ruchu ambulatoryjnego naszego oddziału, przytaczam również, że obejmuje ono czas od 7. Czerwca zacząwszy. W pierwszych miesiącach ruch był bardzo mały, po części dlatego, że nie wszystkim wiadomem było, iż na oddziale naszem udziela się porady w chorobach górnych dróg oddechowych, po części do tego nieznacznego ruchu przyczyniały się miesiące letnie. Mimo tego z końcem roku mieliśmy 184 chorych a przejrzenie niżej przytoczonych przypadków wykaże, iż nie brak nam było przypadków zajmujących, jakiemi nie każde sprawozdanie, choć imponujące wielkością cyfry, może się poszczycić.

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
Rhinitis chronica simplex	2	1	3
Rhinitis chronica atrophica	1	1	2
Rhinitis chronica hypertrophica	2	2	4
Rhinitis hypertrophica polypoides	2	1	3
Polypi narium	4	2	6
Empyema cellularum ethmoidalium	—	1	1
Deviatio septi	1	—	1
Epistaxis	2	1	3
Tuberculoma nasi	—	2	2
Catarrhus cavi pharyngo-nasalis	1	1	2
Rhinitis, pharyngitis chronica	4	1	5
Rhinitis, pharyngitis, laryngitis chronica	3	4	7
Pharyngitis chronica granulosa	5	4	9
Pharyngitis chronica sicca	3	3	6
Angina follicularis	5	1	6
Pharyngomykosis benigna	1	—	1
Abscessus peritonsillaris	4	6	10
Hypertrophia tonsillarum	2	4	6
Vegetationes adenoidales	2	1	3
Abscessus retropharyngealis	—	1	1
Diphtheritis faucium	1	1	2
Croup laryngis	3	1	4
Laryngitis acuta	2	1	3
Laryngitis chronica	5	3	8
Pharyngitis, laryngitis chronica	5	4	9
Paresis hysterica	—	1	1
Polypus laryngis	2	1	3
Chorditis tuberosa	1	1	2
Fibroma laryngis	1	—	1
Papillomata laryngis	3	2	5
Tuberculosis laryngis	8	6	14
Lues pharyngis secundaria	—	3	3

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
Lues pharyngis et laryngis secundaria	1	1	2
Lues laryngis secundaria	4	—	4
Lues tertiaria nasi, pharyngis et laryngis	—	1	1
Lues tertiaria pharyngis	4	1	5
Lues tertiaria laryngis	—	2	2
Perichondritis laryngea	4	—	4
Scleroma	6	5	11
Lupus mucosae narium, cavi oris, pharyngis et laryngis	—	1	1
Paralysis nervi recurrentis	2	2	4
Compressio tracheae e struma	2	2	4
Corpus alienum in oesophago	1	1	2
Stenosis oesophagi carcinomatosa	3	—	3
Carcinoma laryngis	1	—	1
Carcinoma tonsillae	1	—	1
Sarcoma cavi pharyngo-nasalis inoperabile	1	—	1
Sarcoma palati mollis	1	—	1
Tabes dorsalis	1	—	1
	107	77	184

Przypadki przewlekłych nieżytów nosa z przerostem błony śluzowej leczono galwanokauterem, części przerosłe usuwano pętlą.

W sześciu przypadkach polipów nosa, dwa razy mieliśmy polipy znacznych rozmiarów zwieszające się do jamy noso-gardłowej, które wydobyto oba razy w całości od tyłu, po znieczuleniu 20% kokainą, za pomocą odpowiedniej pętli.

Przypadkowi ropienia z *cellulae ethmoidales* towarzyszyły polipy i pęcherze kostne, które usunięto pętlą a następnie odpowiednio zakrzywioną ostrą łyżeczką zniszczono zajęte *cellulae ethmoidales*, uzyskawszy zupełne wyleczenie ropienia.

W przypadkach krwawienia z nosa ograniczano się do samego tamponowania.

Dwa przypadki pierwotnej gruźlicy nosa t. zw. *tuberculoma nasi*, jak niemniej trzeci przypadek spostrzegany w roku bieżącym, leczono częścią drogą krwawą, częścią przepalaniem zgęszczonym kwasem mlekowym, uzyskawszy we wszystkich tych przypadkach znaczną poprawę. (Przypadki te obszernie ogłoszone zostaną).

Przypadek *pharyngomycosis benigna* (pod mikroskopem wykazano obecność grzybka *leptothrix buccalis*) zajmującej oba migdałki i torebki mieszkowe na korzeniu języka leczono usuwaniem grzybka siedzącego głęboko w mieszkach za pomocą ostrych szczypczyków z następowym wcieraniem w miejsca zajęte 1% roczynu wyskokowego sublimatu.

We wszystkich 10 przypadkach ropni w tkance dokoła migdałka otworzono ropnie, stosując obok tego ciepłe płukania z naparu korzeni ślazowych.

Przerosłe migdałki usuwano za pomocą tonzylotomu Mathie'go; trzy przypadki wyrośli adenoidalnych operowano częścią szczypczykami, częścią nożykiem pierścieniowatym Gottsteina, dając pierwszemu sposobowi pierwszeństwo; zabiegi te ostatnie wykonywano bez miejscowego znieczulenia.

Ropień tyło-połykowy dostał się do nas z chwilą samoistnego przebicia się ropy tak, iż rozszerzono jedynie otwór, zyskując wkrótce wyleczenie.

Dwa przypadki błonicy gardła jak niemniej 4 przypadki krupu krtani, tyczyły się dzieci, które z odpowiednem rozpoznaniem, odesłano do szpitala św. Ludwika.

Jedenaście przypadków nowotworów łagodnych krtani usuwano szczypczykami Pieniążka.

W 14-tu przypadkach gruźlicy krtani, ze względu na rozległość cierpienia nie można było stosować zabiegów chirurgicznych, ograniczono się tedy do leczenia symptomatycznego, względnie miejscowego, polegającego na zadmuchiwaniu jodolu lub przypalaniu po znieczuleniu kokainą zgęszczonym kwasem mlekowym.

W przypadkach zmian kiłowych drugorzędnych obok leczenia ogólnego stosowano miejscowo 1% roczynu sublimatu, względnie 10% kamienia piekielnego *in substantia*, mając bardzo dobre wyniki z leczenia miejscowego. W przypadkach kiły trzeciorzędnej ograniczano się jedynie do leczenia ogólnego, w jednym zaś przypadku, gdzie z powodu przyrośnięcia podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardła był nieznaczny otwór, stanowiący komunikacyę między jamą noso-gardłową a gardłem, przez co tak mowa jak i oddechanie przez nos były bardzo upośledzone, rozszerzono otwór na boki galwanokauterem, przez co poprawiła się mowa a oddechanie mogło odbywać się prawidłowo.

Ze czterech przypadków zapalenia ochrzęstnej krtani 2 przyjęto do naszego oddziału, jeden przysłany nam był do rozpoznania z oddziału wewnętrznego, inny wreszcie usunął się od obserwacyi.

Jedenaście przypadków twardzieli spostrzeganych ambulatoryjnie zasługują o tyle na uwagę, iż w jednym z nich obok zmian w nosie, jamie noso-gardłowej i gardle, mieliśmy zmiany w tchawicy przy zupełnie prawidłowej krtani (S. L. G., l. 24, z Wielkich Mostów w Królestwie Polskiem). W przypadku tym było nawet dość znaczne zwężenie tchawicy, gdy jednak choremu oświadczono, iż należy wykonać operacyę, usunął się od obserwacyi tak, iż o dalszych losach tego chorego nic nam nie wiadomo. Dwa razy zmiany ograniczały się do nosa i jamy noso-gardłowej, wywołując zwężenie nosa, które oba razy drogami naturalnemi usunięto. W pozostałej liczbie przypadków były zajęte całe górne drogi oddechowe aż po tchawicę i tu obok zmian w krtani znowu cztery razy zapisano *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, podczas gdy zmiany w pozostałych przypadkach były więcej rozlane.

Przypadek pierwotnego liszaja żrącego *(lupus)* błony śluzowej bez zmian podobnych na skórze, tyczył się kobiety A. T., lat 31. liczącej z Wieliczki; zmiany były tak rozległe, iż o leczeniu właściwem mowy być nie mogło a jedynie celem poparcia rozpoznania badaniem mikroskopowem, wydobyto kawałki z nosa, podniebienia, gardła, korzenia języka i nagłośni, mogąc we wszystkich tych częściach wykazać typowe zmiany. Chora ta przez długi czas pokazywała się na naszem ambulatoryum, przebieg liszaja żrącego był dosyć pomyślny, gdyż guzki częściowo wypadały, gojąc się następnie z wytworzeniem blizn, z powodu tych ostatnich jednak komunikacya między jamą gardła a jamą noso-gardłową zmniejszyła się bardzo tak, iż oddechanie przez nos stało się utrudnionem a mowa niewyraźna.

Przypadki porażenia nerwu wzrotnego 2 razy miały swą przyczynę w ucisku przez wól, raz porażenie nerwu lewego było z powodu tętniaka tętnicy głównej, przyczem obserwować można było udzielanie się wstrząśnienia tchawicy, które rozciągało się aż do struny głosowej; ostatni przypadek wreszcie był po strumektomii. Przypadek wola z ugnieceniem tchawicy odesłano do oddziału chirurgicznego.

Z ciał obcych mieliśmy dwa i to jedynie w gardzielu, raz moneta miedziana (4 centy) a raz kość z kawałkiem mięsa, oba razy ciała obce wydobyto koszyczkiem Greefego. Przy zwężeniach gardzieli z powodu raka stosowano dylatacyą.

Przypadek raka krtani i raka migdałka odesłano do oddziału chirurgicznego.

W przypadkach niedającego się operować mięsaka podniebienia miękkiego, gdy po raz drugi chory zgłosił się na ambulatoryum już w roku 1895, z powodu znacznego powiększenia się nowotworu, który opadłszy ku tyłowi znacznie utrudniał oddechanie, musiano chorego przyjąć do oddziału celem wykonania tracheotomii, poczem chory z kaniulą szpital opuścił.

Wreszcie w przypadku wiądu pacierzowego u mężczyzny 40-letniego S. K., obserwowaliśmy drganie chrząstki nalew-

kowej prawej podczas oddechu, ustępujące z chwilą fonacyi, przy której ruchomość obu więzadeł była zupełnie prawidłowa.

Przeglądając te ostatnie kartki sprawozdania naszego, widzimy, że nawet praca na materyale ambulatoryjnym polegała głównie na zabiegach chirurgicznych tak, iż pomocy operacyjnej udzielono razem w 61 przypadkach. Z wykazu tego widzimy, iż oddział laryngologiczny odpowiadał rzeczywistej potrzebie, czego także dowodzi powiększanie się coraz znaczniejsze liczby chorych przychodnich.

Toksykologia.

Haberda: Zgorzel skóry stóp po podostrem zatruciu fosforem.

Do kliniki położniczej prof. Chrobaka przyjęto 21-letnią dziewczynę z powodu poronienia. Już po upływie kilku godzin od chwili przyjęcia chorej, poczęła się ona uskarżać na bóle w nogach, nadto wystąpiła żółtaczka i osłabienie akcyi serca. Przednia powierzchnia obu nóg aż po palce była sina chłodna i na dotyk czuła. Następnego dnia śmierć wśród objawów silnego zapadu. Sekcya zwłok dokonana przez prof. Hofmanna wykazała typowy obraz podostrego otrucia fosforowego a nadto zgorzel skóry grzbietu stóp po palce. Badanie naczyń krwionośnych wykazało w żyłach stóp skrzepy wiotkie, nie połączone z ścianą, barwy bronzowo-czerwonej. Badanie moczu wykazało ślad białka a brak cukru. W treści jelita grubego wykazano sposobem Dusarta, Blondlota fosfor. Przy mikroskopowem badaniu skóry zgorzelą dotkniętej dostrzeżono obok zupełnej stazy w naczyniach włosowatych tu i owdzie w tkance, zwłaszcza około naczyń wybroczyny. Przypadek podobny do opisanego ogłosił w r. 1882. Ehrlich; w Wiedniu zaś w ciągu zeszłego roku wydarzyły się prócz powyższego jeszcze dwa podobne przypadki zgorzeli skóry, z których jeden ogłasza prosektor szpitala Franciszka Józefa Dr. Kreutz, o drugim zaś, sekcyonowanym przez prof. Paltaufa w szpitalu Rudolfa wspomina dodatkowo autor. Tę dotąd rzadko opisywaną zmianę (znaną zaledwie w literaturze z wymienionych wyżej czterech przypadków), tłómaczy autor raz osłabieniem czynności serca w skutek zwyrodnienia jego ścian, przez co muszą powstać stazy żylne zwłaszcza w dolnych kończynach, powtóre zmianą składu krwi, mianowicie zmniejszeniem się ilości ciałek białych, być może w skutek ich rozpadu, co znów ułatwia tworzenie się zakrzepów, wreszcie zwyrodnieniem samych ścian naczynnych. Zgorzel skóry nie przedstawiała w powyższych przypadkach obrazu ostatecznego, ponieważ w przypadkach podostrego otrucia fosforem nastaje szybko śmierć. W końcu czyni autor słuszną uwagę, że doświadczalne wywody Corina i Ansiaux, jakoby w przypadkach podostrego otrucia fosforem krew była zawsze płynna, nie zgadzają się z prawdą, gdyż bardzo często można w tych przypadkach znaleść wiotkie skrzepy krwi w sercu i wielkich naczyniach. *(Friedrich's Bl. f. ger. Med.* 1895. Zeszyt 1). *Wachholz.*

Chirurgia.

A. Bier: O okrężnym szwie jelita.

W roku 1889. wzbogacił autor liczny szereg metod szycia jelit własną metodą, z której przy doświadczeniach na zwierzętach był zadowolonym. W niniejszej pracy przyznaje się z całą szczerością, iż metody swej niestety dwukrotnie użył u ludzi. Obaj chorzy umarli a w jednym przypadku tylko szew był przyczyną śmierci. W skutek tego zarzucił wszelkie inne metody i zaczął zakładać tylko zwykły szew Lemberta. Obecnie opisał 14-cie historyj chorych, u których 15-cie razy po resekcyi zakładał szew Lemberta. Stracił tylko dwóch chorych, ale w żadnym przypadku nie był przyczyną śmierci szew, jeden chory bowiem zginął w skutek krwotoku w kilkanaście godzin po operacyi, drugi w skutek ropnego zapalenia otrzewny. Sekcya wykazała, iż szew w obu przypadkach trzymał dobrze. Do szycia używa autor igieł Hagedorna i jedwabiu Tournera; bardzo cienkich igieł i zbyt cienkiego jedwabiu nie radzi używać.

Jakkolwiek praca autora z wyjątkiem niektórych drobiazgów indywidualnych nie przynosi nic nowego, jest ona wielce zajmująca i na czasie wobec tego, iż się podaje coraz więcej przyrządów do szycia jelit. Kto bowiem w skutek źle założonego szwu stracił chorego, szuka rozmaitych kozłów ofiarnych, byle się nie przyznać szczerze, że źle szył, jak to czyni autor. Kto dobrze szyje, nie potrzebuje do szycia jelit nic innego krom igły i jakiegokolwiek materyału; znajomości zaś zasad, jak się ma szyć jelito przecięte, wymagać należy od każdego lekarza na prowincyi, bo w tem położeniu być może, jeżeli go zawezwą do chorego z ranami jelit. Po szyciu poznasz partacza. *(Archiv für klinische Chirurgie.* Tom 49-ty, str. 739—766. r. 1895). *Bogdanik.*

Mikulicz: O leczeniu wola i choroby Basedowa za pomocą żywienia grasicą *(thymus)*.

M. opierając się na tem, że pod względem embryologicznym jest grasica bardzo zbliżoną do gruczołu tarczykowego postanowił spróbować zadawania grasicy przeciwko wolowi i chorobie Basedowa. Leczył razem 10 przypadków wola a 1 choroby Basedowa. Wiek 10 chorych z wolem był od 13—28 lat. W 8 przypadkach był przerost ogólny gruczołu tarczykowego, w 2 odrębne guzy. W jednym przypadku ogólnego przerostu nastąpiło po 2 tygodniach zupełne wyleczenie, w 6 znaczne polepszenie, w 2 nieznaczne a w jednym wcale polepszenia nie było. Największe zmniejszenie się wola następuje w przeciągu pierwszych dwóch tygodni, później zmniejsza się jeszcze nieznacznie a po 5—6 tygodniach zmniejszanie się ustaje pomimo dalszego podawania grasicy. W jednym przypadku choroby Basedowa wynik był także korzystny, zmniejszyły się bowiem dolegliwości, ustąpiła sinica, znacznie się zmniejszyła duszność i bicie serca a tętno zmniejszyło się o 20—30 uderzeń na minutę. Wól w tym przypadku wiele się nie zmniejszył.

Jako różnicę pomiędzy działaniem leczniczem gruczołu tarczykowego a grasicą w takich przypadkach podaje M. to, że podczas podawania grasicy nie występują żadne objawy działania ubocznego, które spostrzedz można podczas podawania gruczołu tarczykowego. Co się tyczy dawki, to chorzy brali 3 razy tygodniowo po 10—25 gramów grasicy, razem w przeciągu 5—6 tygodni wyżyta ilość wynosiła do 300 gramów u chorych z wolem, 375 gramów w chorobie Basedowa. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 1895. Nr. 16). *Dr. Rościszewski.*

Zapiski terapeutyczne.

56. Richet i Hericourt: Leczenie i wyleczenie surowicą dwóch przypadków raka. Przypadki przez autorów przytoczone dowodzą, iż seroterapii można użyć skutecznie w chorobach nie tylko zakaźnych, ale i takich, których jak raka początek od mikrobów jest jeszcze problematyczny.

W dniu 9. Lutego b. r. operował Reclus *osteosarcoma* podudzia. Odjęty nowotwór roztarto i dodano doń nieco wody. Płynu przesączonego przez płótno użyto do wstrzyknięcia osłu i dwom psom. Po tem wstrzyknięciu nie wystąpiła żadna reakcya a w pięć, siedm i piętnaście dni potem upuszczono owym zwierzętom krwi, by z niej otrzymać surowicę, której użyto do wstrzykiwań u dwu chorych na raka.

W pierwszym przypadku rozchodziło się o kobietę z oddziału prof. Terriera w Paryżu, która operowano w Październiku 1894 roku z przyczyny nowotworu wyglądającego jak *fibrosarcoma*, objętości pomarańczy a przylegającego do 6., 7. i 8-go żebra, nie zajmującego jednak powłok skórnych. Nowotwór atoli odnowił się wkrótce, miał w Lutym b. r. objętość orzecha laskowego a w miesiąc później, 7. Marca b. r. objętość małej pomarańczy. Leczenie surowicą rozpoczęto 12. Marca, wstrzykując w tkankę łączną podskórną naokoło nowotworu za każdym razem po 3 cm.³ przerzeczonej surowicy tak, iż przez 40 dni spotrzebowano jej 120 cm.³ Od 25. Marca, nowotwór zaczął się zmniejszać i zmniejszał

ciągle tak, iż obecnie w jego miejscu znajduje się tylko stwardnienie o granicach niewyraźnych, mające objętość $^{1}/_{3}$ pierwotnych rozmiarów nowotworu. Obok tego poprawił się stan ogólny a chora nawet przytyła widocznie.

Wobec tego, że nowotwór odnowił się w bliźnie, nie wątpią autorowie, iż był on natury raka; seroterapia okazała się więc skuteczną w przypadku, w którym nawet operacya krwawa okazała się całkiem niedostateczną.

Postrzeżenie drugie tyczy się mężczyzny 44 lat liczącego, który zgłosił się 27. Marca r. b. do szpitala *la Pitie* w Paryżu do oddziału Reclusa z obrzmieniem wielkości dużej pomarańczy, rozpoznanem jako rak żołądka. Ponieważ wszelką interwencyą chirurgiczną uważano za najpodobniej do prawdy nieskuteczną, wzięto się do seroterapii i wstrzyknięto 6. Kwietnia 4 cm.³ wiadomej już surowicy, której do 24. b. m. zużyto w tym przypadku razem 64 cm.³. Wkrótce zaczął się poprawiać stan ogólny. Chory ważył 10. Kwietnia 57, 16. Kwietnia 58 a 23. t. m. 60 kilogramów. Od 10. t. m. zaczęło zmniejszać się także obrzmienie i to tak, iż już 20. Kwietnia nie można go było wymacać jako czegoś odosobnionego, tylko jako pewne zgrubienie, nie dające się ściśle ograniczyć.

Gdyby nawet w tym przypadku przez zbytek ostrożności przypuścić błąd w rozpoznaniu, to i tak skuteczność surowicy w pierwszym przypadku, który trzeba koniecznie uważać za raka, nie ulega wątpliwości. *(La Semaine médicale* 1. Maja 1895).

57. A. Gilbert (prof.) i L. Fournier: Doświadczenia z leczeniem kiły surowicą. Przypuszczenie mechanizmu wspólnego dla immunizacyi i dla wyleczenia wszystkich chorób zakaźnych doprowadziło teraz wielu lekarzy do prób z leczeniem rozmaitych chorób surowicą. I kiła wydaje się podległą ogólnemu może prawu i dlatego autorowie postanowili starać się o surowicę uodporniającą i leczącą tę chorobę, jakkolwiek nie tają przed sobą nadzwyczajnych w tej mierze trudności, wynikających z zupełnej nieznajomości mikrobu chorobotwórczego tej choroby a tem samem i niemożności jego wyhodowania. Rezultatów otrzymanych z wstrzykiwania surowicy swoistej w kile autorowie sami nie uważają za stanowcze; mimo tego podają je do wiadomości ogółu, ponieważ stanowią one pierwszy okres poszukiwań podejmowanych w tej sprawie od sześciu miesięcy.

Wrodzona odporność zwierząt przeciw kile, udowodniona znaczną już liczbą doświadczeń, kazała się spodziewać, że za pomocą niej można będzie uzyskać środek leczący kiłę. Jakoż zaczęto próbować wstrzykiwań surowicy zwierząt, jak psów, baranów, jagniąt, cieląt i królików; pierwsze w tej mierze doświadczenia robił Fournier jeszcze w roku 1891. w szpitalu św. Ludwika w Paryżu; za nim poszli Tommasoli, Mazza, Kollmann i inni. Z wyjątkiem Kollmanna, który nie uzyskał żadnego skutku, przekonano się, iż wstrzykiwania te wpływają korzystnie na stan ogólny chorych, przyśpieszają zabliźnienie się owrzodzeń kiłowych, lecz ostatecznie nie działają na przebieg choroby ani nie łagodzą jej objawów.

Pellizzari idąc za doświadczeniami zrobionemi w innych chorobach zakaźnych, spróbował przeto innej metody, t. j. wstrzykiwał surowicę osób mających kiłę trzeciorzędną kiłowym z wrzodem pierwotnym lub zmianami drugorzędnemi, opierając się na tem, że kiłowi są do pewnego stopnia immunizowani przeciw nowemu zakażeniu się i że nadto mający kiłę trzeciorzędną są w ogólności odporni przeciw ogólnym objawom okresu drugorzędnego. Pellizzari sądził nadto, że ta szczegółowa odporność da się wywieść z antagonizmu między mikroorganizmem kiły a toksynami przezeń wydzielonemi. Przypuścić można prócz tego, że te toksyny działają zarazem i na czynnik chorobotwórczy i na sam ustrój w ten sposób, że choroba traci swój charakter ogólnej choroby zakaźnej.

Na poparcie tej teoryi Pellizzarego można przytoczyć niezdolność kiłowego do nabycia znowu miejscowej zmiany pierwotnej kiłowej, ale nadto immunizacyą matki przez płód kiłowy (prawo Collesa) i naodwrót płodu przez matkę kiłową (prawo Profety).

Z tem wszystkiem rezultaty otrzymane przez Pellizzarego z leczenia na tej zasadzie nie są bynajmniej zachęcające, prawdopodobnie z powodu zbyt małej ilości antytoksyn w surowicy krwi osób kiłowych.

Trzecia metoda seroterapeutyczna polega na mocnem immunizowaniu zwierząt przeciw pewnej chorobie zakaźnej i użyciu potem ich surowicy do leczenia osób tą samą chorobą nawiedzonych.

Zwierzęta są po prostu względem kiły oporne *(refractaires)*; można przeto przez analogię spodziewać się, iż ich surowicy uda się nadać przymiot uodporniania i leczenia kiły. Wiadomo n. p., że kura, oporna zupełnie przeciw tężcowi może po wstrzyknięciu pewnej ilości hodowli laseczników Nicolaierowskiego i toksyn przezeń wydzielonych dostarczać surowicy przeciwtężcowej, leczącej i zapobiegawczej.

Otóż na tej zasadzie oparli autorowie swe doświadczenia z leczeniem kiły surowicą. Doświadczenia podobne robili zresztą jeszcze w roku 1893. Mazza a przed nim Tommasoli, z drugiej strony Richet, Héricourt i Triboulet, którzy wyniki swe przedstawili w swym czasie paryzkiemu Towarzystwu biologicznemu.

Richet, Héricourt i Triboulet wzmacniali naturalną odporność zwierząt przeciw kile, wstrzykując im krew osób w pełnym rozwoju różyczki kiłowej *(roseola syphilitica)* całkiem nie leczonych. W kilka dni potem upuszczali krwi zwierzętom owym i otrzymywali w ten sposób surowicę, którą potem wstrzykiwali chorym na kiłę.

W trzech przypadkach w ten sposób leczonych uzyskano rzeczywiście w krótkim czasie ustąpienie objawów kiły, w jednym jednak zagojone już kilaki odnowiły się, w dwóch drugich czas obserwacyi jest zakrótki, by można w tej sprawie wyrzec zdanie stanowcze.

Gilbert i Fournier postanowili naprzód powtórzyć doświadczenia Pellizzarego i w tym celu postarali się o surowicę z dwóch osób, jednej cierpiącej na wiąd pacierzowy, która niegdyś przebywała kiłę, drugiej mającej kilaki.

W dniu 28. Października r. z. zgłosił się do szpitala *Tenon* w Paryżu mężczyzna z objawami kiły drugorzędnej. W dniu 3. Listopada rozpoczęto wstrzykiwania i użyto w tym celu 25, 4. t. m. 30, 5. t. m. 30, 7. t. m. 20, 9. t. m. 54, 13. t. m. 30, 16. t. m. 35, 19. t. m. 35, 23. t. m. 45, razem w dwudziestu dniach 304 cm.³ surowicy, przekroczono zatem i to bardzo znacznie dawki używane przez Pellizzarego.

Wstrzykiwania robiono ze wszystkiemi ostrożnościami w tkankę łączną podskórną przedniej ściany brzusznej. Nie było żadnych potem przypadów ani miejscowych, ani ogólnych.

Skutek terapeutyczny był następujący:

5. Listopada ustąpiły bóle głowy i w kościach, sen i apetyt dobre, ciepłota prawidłowa, wrzody opatrywane po prostu tylko gazą salolową rozpoczęły się zabliźniać. 12. Listopada wrzody były już zupełnie zabliźnione, zmiany na skórze ustępowały coraz bardziej i były nawet mniej widoczne, niż u innych chorych w tym samym okresie choroby, z podobnemi całkiem zmianami na skórze, leczonych sublimatem.

25. Listopada opuścił chory szpital ze śladami wszakże jeszcze różyczki kiłowej, która nie ustąpiła nawet do 2-go Grudnia.

Mimo tego wszystkiego a nadto znakomitej poprawy stanu ogólnego nie można tego rezultatu terapeutycznego uważać za dostateczny.

W dalszych doświadczeniach, dokonanych już za pośrednictwem zwierząt postępowali autorowie tak, jakby czynnik chorobotwórczy kiły już był znany a ponieważ wiadomo, iż znajduje on się z wszelką pewnością we wrzodzie pierwotnym, wykwitach choroby i we krwi w okresie drugorzędnym choroby, przeto ich właśnie użyto do szczepienia zwierząt mianowicie psów i kóz. Surowicy z tych zwierząt uzyska-

nej użyto do leczenia 17 chorych przebywających w oddziałach szpitalnych Gilberta i Mauriaca w Paryżu.

Chorzy ci dzielą się na dwie kategorye; do pierwszej należą ci, którzy odbywali równocześnie zwykłe leczenie przeciwkiłowe lub je co właśnie odbyli, do drugiej ci, których nie leczono całkiem, ani rtęcią, ani jodem, lub leczono przynajmniej bardzo dawno.

Co do pierwszej kategoryi obejmujących 7 przypadków kiły, zdawało się, że w przeważnej ich liczbie surowica działała korzystnie, chociaż oczywiście trudno rozdzielić skutek terapeutyczny surowicy od skutku środków swoistych. Skutek jednak był widoczny u kobiety, u której leczenie swoiste nie zdołało usunąć objawów kiły, tudzież u mężczyzny, u którego dwa wstrzyknięcia surowicy, każde po 9 cm.³ sprowadziło znaczną a korzystną zmianę w objawach choroby.

W drugiej kategoryi obejmujących 10 chorych, u jednych nie było widać żadnego skutku po wstrzykiwaniach surowicy, u drugich nastała większa lub mniejsza poprawa, u innych wreszcie rezultat jest jeszcze wątpliwy.

Zważywszy to wszystko, pojąć łatwo, iż w tej chwili nie można jeszcze wydać stanowczego orzeczenia o wartości leczenia kiły surowicą swoistą tem bardziej, iż nie ma wątpliwości, że i surowica zwierząt kiłą szczepionych wpływa dobrze na stan ogólny chorych a do pewnego stopnia i na przypady kiły u nich.

Dlatego trzeba dalsze jeszcze robić doświadczenia. (*La Semaine médicale.* 27. Kwietnia 1895).

58. Deleage. Przeciwskazania do przepłukiwania żołądka (z posiedzenia paryskiego Towarzystwa terapeutycznego w dniu 24. Kwietnia 1895). Przepłukiwanie jest ulubionem teraz postępowaniem w leczeniu nawet ciężkich chorób organicznych żołądka; dlatego warto poznać okoliczności, w których mogłoby ono łączyć się z pewnem niebezpieczeństwem.

W raku gardziela (*oesophagus*) przeciwwskazane jest przepłukiwanie żołądka, gdy nowotwór jest kruchy. W każdym razie dobrze jest używać zgłębnika napół miękkiego z zaokrąglonym końcem dolnym.

Nie należy przepłukiwać żołądka przy owrzodziałym raku tego organu, przy wrzodzie okrągłym, u osób cierpiących na żylaki gardziela, na miażdżycę tętnic ze skłonnością do nawałów krwi, u połowiczo porażonych, u osób mających daleko posunięte wady serca lub prawdziwą duszniccę bolesną (*angina pectoris vera*), przy znacznem osłabieniu ogólnem wyjąwszy, gdyby ono zależało od zboczeń w przewodzie pokarmowym.

Zarzut, iż przepłukiwanie żołądka może sprowadzić krwotok, tyczy się prawie wyłącznie raka i wrzodu okrągłego żołądka. (*La Semaine médicale.* 1. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 20. Lutego 1895 roku.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnieniu zmarłych kolegów Blatteisa, Cassiny i Janiszewskiego.

3) Kol. Bujwid podał swoje badania nad błonicą i morfologia jej zarazka, mówił o wytwarzaniu toksyn i ich własnościach oraz o wytwarzaniu surowicy przeciwbłoniczej, popierając swój odczyt okazaniem wielu preparatów i hodowli bakteryj błoniczych. Odczyt ten będzie ogłoszony drukiem. Dyskusyi nie było.

4) Kol. Raczyński mówił o rozpoznawaniu błonicy kliniczno-bakteryologicznem i różnicach w jadowitości zarazka. Odczyt ogłoszony drukiem w *Przeglądzie lekarskim.*

W dyskusyi oświadcza kol. Jeż, że w dwóch przez siebie badanych przypadkach znalazł oprócz bakteryj błoniczych także gronkowce i paciorkowce; co się tyczy t. zw. wrzekomych prątków błoniczych, to odróżnić je można po braku charakterystycznej reakcyi kwaśnej w hodowli bulionowej.

W odpowiedzi twierdzi kol. Bujwid, że w kwestyi odróżnienia prawdziwych prątków od wrzekomych nawet taki znawca, jak Roux, nie wyraża stanowczego zdania.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Maja 1895 r.

— J. Eks. P. Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. w Krakowie, dopuszczającą Dra Aleksandra Rosnera na docenta położnictwa i ginekologii w tymże Uniwersytecie.

— Med. i fil. Dr. Wacław Sobierański, asystent zakładu farmakologicznego w Marburgu w Hesyi, habilitował się tamże na docenta prywatnego farmakologii.

— Tak *Gazeta lekarska* jak i *Medycyna* w swych ostatnich numerach wyrażają się nader sympatycznie o zasługach naukowych i pedagogicznych zgasłego tak niespodziewanie ś. p. prof. Rydla a pierwsza podała jeszcze nekrolog i wykaz prac zmarłego.

— Prof. Dr. Rydygier przeznaczył taksy, należące mu się za egzamina ścisłe z okulistyki w zastępstwie ś. p. prof. Rydla, na restauracyę katedry na Wawelu i dla Towarzystwa wzajemnej pomocy uczniów Uniw. Jagiel.

— V. zebranie Izby lekarskiej w Krakowie odbyło się d. 4. b. m. przy współudziale 10 członków Izby.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania, przyjęto: 1) sprawozdanie prezydenta z czynności Wydziału i spraw bieżących, 2) sprawozdanie z czynności Izby za r. 1893/4, 3) przedłożenie rachunkowe za lata 1893 i 1894; przyczem udzielono Wydziałowi absolutoryum, 4) uchwalono przelać 300 złr. z pozostałości kasowej do funduszu zapomóg, 5) postanowiono nie uzupełniać wyboru w miejsce zmarłego członka Izby ś. p. Dra Slavika (z Nowego Sącza) a tylko powoływać do końca kadencyi w jego miejsce jako zastępcę Dra Neumanna (z Gorlic), 6) przyjęto do wiadomości odpowiedź Wydziału Izby daną Komitetowi Towarzystwa lek. krak. dla budowy domu własnego, że Izba chętnie zgodzi się na wynajem dla siebie mieszkania w wybudować się mającym domu Towarzystwa, 7) w sprawie utworzenia wspólnych instytucyj dobroczynnych dla lekarzy Przedlitawii i ich rodzin wybrano *ad hoc* komitet pod przewodnictwem prezydenta dla opracowania referatu, mającego stanowić podstawę do szczegółowej rozprawy na najbliższem zebraniu Izby. Do tego komitetu zaproszono Drów: Ponikłę, Walczyńskiego i Zarewicza. 8) Dr. Walczyński zapowiedział wniosek w sprawie rewizyi regulaminu dla lekarzy miejskich, nadmieniając, że referat w tej sprawie prześle niebawem Wydziałowi Izby do rozpatrzenia.

— W dniu 12. Lutego b. r. obchodzono w wileńskiem Towarzystwie lekarskiem rzadki jubileusz 50. rocznicy zostania członkiem tegoż Towarzystwa Dra Juliana Titiusa. Towarzystwo uczciło w tym dniu jubilata dyplomem na honorowego, dożywotniego prezesa, odznaczeniem więc w każdym razie niezwykłem. Dr. Titius jest wychowańcem Akademii Wileńskiej, którą ukończył w roku 1840., i obchodził w 1890 roku 50-letni jubileusz praktyki lekarskiej w swem mieście rodzinnem, gdzie wielkie położył zasługi jako lekarz i filantrop; należy on do nielicznej dziś już garstki znawców przeszłości historycznej Wilna, którego pamiątek posiada zbiór bogaty. W kwestyach wątpliwych co do dawnych zwyczajów i wypadków jest ostatnią instancyą (*Medycyna*).

— Dr. Emil Münz mianowany przez Wydział krajowy sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Jak donosi *Medycyna*, będzie można warszawskiej surowicy przeciwbłoniczej z pracowni bakteryologicznej prof. O. Bujwida i Dra W. Palmirskiego dostać w pierwszej połowie Maja r. b. w aptece PP. Wendy i Wiorogórskiego w Warszawie przy Krakowskiem Przedmieściu Nr. 45. Cena flaszeczki zawierającej 1000 jednostek immunizacyjnych wynosi rubel.

— Wydział Wielki Kasy Oszczędności miasta Krakowa przeznaczył w dalszym ciągu dla szpitala św. Ludwika w Krakowie 300 złr na próby z surowicą swoistą przeciw błonicy.

— Najwyższa Rada lekarska austryacka przyjęła jednomyślnie referat prof. Weichselbauma, wykazujący, jak szkodliwe skutki dla publicznej służby sanitarnej wypływają z materyalnego i służbowego stanowiska rządowych lekarzy powiatowych, nieodpowiadającego obecnym stosunkom i ważności usług oddawanych państwom przez tych lekarzy. Również niekorzystnym jest brak wyższej sanitarnej służby inspekcyjnej.

— Ze statystyki lekarskiej armii francuskiej dowiadujemy się, że w roku 1891 umarło ze stanu czynnego wynoszącego 523372 osób 3942 czyli 7·53°/₀₀, w roku zaś 1892 ze stanu 524719 osób 3274, czyli 6·24°/₀₀. Z tych 3274 zmarłych w roku 1892 przypada na armię czynną i terytoryalną w kraju 2369, czyli 5·59°/₀₀, na Algier 543, czyli 9·09°/₀₀ a na Tunis 172, czyli 13·93°/₀₀. Posiadłości zatem afrykańskie bardzo były dla armii niezdrowe. Śmiertelność jest także różna w rozmaitych rodzajach broni i wynosiła dla kompanij robotniczych, oddziałów administracyjnych i technicznych, tudzież strzelców 4·13 do 4·83, dla piechoty i saperów-pompierów 5·40 do 5·59, dla kawaleryi i zuawów 6·18 do 6·84, dla kompanij karnych, infirmarzy, artyleryi i batalionów fortecznych 7·07 do 7·70, dla pułków przebywających w Afryce lub innych okolicach szczególnie niezdrowych 8·15 do 13·45°/₀₀.

61 żołnierzy pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o wściekliznę przynajmniej podejrzane odesłano do szpitala Val-de-Grace w Paryżu celem leczenia sposobem Pasteurowskim.

Samobójstwem skończyło życie 161 żołnierzy.

— **Nekrologia**. Zmarł w Zbarażu w dniu 2. b. m. w 38. roku życia lekarz powiatowy Dr. **Władysław Węgrzynowski**, na dur osutkowy, którego się nabawił pełniąc obowiązki swego zawodu i urzędu. Jestto już w tym roku 7-my z kolei lekarz padający w walce z epidemią grasującą od niejakiegoś czasu we wschodniej Galicyi. Zmarły pozostawił po sobie jak najlepsze wspomnienie i jako lekarz gorliwy o dobro chorych i jako urzędnik pełniący sumiennie ciężkie swe zadanie.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 18-tym. W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem. W. Janowski: Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłonicowej z rozmaitych fabryk oraz o sposobie jej stosowania. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą (ciąg dalszy). L. Feinstein: Przypadek glejaka siatkówki, ciekawy ze względu na etyologią. L. Feinstein: Dobrowolne wyjście jądra kataraktalnego w dwa tygodnie po dokonanej ekstrakcyi. — W *Medycynie* Nrze 17-tym. Władysław Papiewski: Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci. T. Solman i A. Zawadzki: Przypadek błonicy, leczonej surowicą Behringa. Tracheotomia. Wyzdrowienie.

Sprostowanie. W Nrze 18. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Sroczyńskiego na str. 265, II. szpalta, wiersz 9-ty od dołu zamiast: „że szkło z różnicą 1—1½ dyoptryj wywołują niezmiernie przykre uczucia“ i t. d. czytać należy: „że szkła z różnicą ponad 1—1½ dyoptryj wywołują“ i t. d.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 15. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kostanecki objaśni preparaty, przedstawiające zapłodnienie u zwierząt, poczem mówić będzie kol. Nowak: *O przypadku ciąży trąbkowej po stronie lewej z przemieszczeniem płodu do trąbki prawej* (z demonstracyą).

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Rok XXXIV. Kraków 18. Maja 1895 r. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, tudzież w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres w Nowym Jorku Dr. Stanisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczej we Lwowie.

Dalsze dwa przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnym przebiegiem.

Opisał

Prof. Dr. A. Czyżewicz.

Do swoich trzech przypadków cięcia cesarskiego z przebiegiem dla dzieci i matek pomyślnym, ogłoszonych w *Przegl. lek.* w r. 1893, dołączam obecnie dwa świeże, które w klinice wykonałem w r. 1894. Nie tylko sama rzadkość tej operacyi skłania mnie do jej ogłoszenia (nie wątpię, że ogłoszenie trzech pierwszych wywołało nadesłanie następnych), ale pragnąłbym zwrócić uwagę kolegów zawodowych raz jeszcze na potrzebę częstszego wykonywania tego rękoczynu, który przy nabytej wprawie w technice wydał mi tak świetny wynik, iż na 5 przypadków operowanych w okolicznościach mniej lub więcej korzystnych, zdołałem ocalić życie 5-ciu matkom i 4 dzieciom. Piąte nie mogło być ocalone, bo dawno przed przybyciem rodzącej do kliniki życie utraciło. Bądź co bądź, wynik taki we wszystkich po sobie następujących przypadkach zachęcić musi do dalszej pracy i zmniejszać, pozornie może i słuszną obawę niebezpieczeństwa, na jakie sama operacya naraża rodzącą. Dalej uważam ogłaszanie takich przypadków za bardzo korzystne dla operujących, każdy bowiem przypadek ma swoje właściwości, które przewidzieć trudno, które pokonać trzeba podczas operacyi samej bez żadnych wskazówek z góry i które tem samem dla następnych przypadków mogą być bardzo pouczające. Nigdy nie przypuszczałem, żeby odruchy połykowe mogły przy użyciu wszelkich możliwych ostrożności i wybornej asystencyi, z taką siłą wypychać utrzymywane kiszki między palcami, opaskami a nawet szwami, jak tego doświadczyłem u jednej z operowanych. Przyznaję się otwarcie, że nie przypuszczałem, aby w tak fatalnych stosunkach, jakie mi przedstawił przypadek metodą Porry operowany, operacya ta wykonaną być mogła z pomyślnym skutkiem na osobie, okazującej bardzo wysoką niedokrewność i takie wyniszczenie, że nawet na brzuchu nie było śladu podściółki tłuszczowej. Nie mając innego wyjścia, przystąpiłem do operacyi z całą niechęcią i bez humoru, bo objekt operacyjny dziesięćkroć więcej do trupa, aniżeli do osoby żyjącej był podobny i miałem przekonanie, że resztka tego życia ulotni się podczas operacyi. Tymczasem rana zagoiła się pierwozrostem, gojenie przebiegało właściwie bez żadnego oddziaływania a chora opuściła klinikę w stanie względnie świetnym. Wynika z tego, że nawet przypadki, które za stracone uważać należy, przecież operować trzeba.

Co do swoich poglądów, które wyraziłem w pierwszej publikacyi, nie mam nic do zmienienia i owszem z pewną przyjemnością wszystkie tylko potwierdzić mogę, niewyłączając nawet tego, że wzgląd na utrzymanie płodności operowanej prawie wcale dla mnie nie istnieje. Jakkolwiek nie wątpię, że lepiej byłoby, aby te kobiety wcale nie rodziły, to jeśli już zrobiły tę niedorzeczność, bezwarunkowo najlepiej będzie, gdy im operacya odejmie możność zajścia w ciążę w przyszłości. Z tego powodu coraz to chętniej operować będę metodą Porry, której używałem tylko w przypadkach ciężkich i powikłanych. Obecnie nie wątpię, że sprawa gojenia przy tej metodzie jest prostszą i korzystniejszą. Po tym wstępie przystępuję do opisu przypadków:

Dnia 27. Marca 1894. przyprowadzono do kliniki ciężarną karlicę J. S., lat 20 liczącą, stanu wolnego, służącą, we Lwowie zamieszkałą. Przyprowadziła ją siostra, osoba mała, nieźle odżywiona, o długości ciała 145 cm., matka dwojga żyjących dzieci, z których pierwsze po dwudniowym porodzie przyszło na świat omdlałe, drugie całkiem prawi-

dłowo. Matka ich wyszła drugi raz za mąż i z drugim mężem ma troje dzieci prawidłowo rozwiniętych.

Sama ciężarna okazuje długość ciała 127 cm., pierwszej regularności dostała dopiero w 18. roku życia i to po używaniu środków przez lekarzy poleconych; miewała ją w odstępach dłuższych niż 28 dni i nie zawsze równych, była ona zwykle miernie obfitą, ale na dłuższy czas nie ustała nigdy. Oprócz przebytego przed 4-ma laty zapalenia płuc nie przypomina sobie żadnej przebytej choroby a na wszelkie pytania skierowane do wykrycia krzywicy, odpowiada przecząco. Co do obecnej ciąży nie daje żadnych wyjaśnień, sądzi tylko, że ona ma się ku końcowi. Dokładniejsze badanie wykazuje wyraźne ślady przebytej krzywicy, bez skrzywień w kościach. W całej postawie uderza wielkość głowy nieproporcyonalna do długości ciała. Odżywienie dobre, błony śluzowe blade. Brzuch miernie obwisły, dno macicy w połowie odległości między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym, położenie płodu czaszk. I., główka ruchoma nad spojeniem łonowem. Sklepienie pochwy wklęsłe, część pochwowa stożkowata bez wrębów na 2 cm. długa, ujście zamknięte, główka wysoko balotuje.

Wymiary miednicy:

D. interspinalis 17 cm., *intercristalis* 21 cm., *intertrochantericus* 25 cm., *Conjug. extr.* 15 cm., *diag.* 7 cm., *vera* 5·5 cm. Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wklęsłości linii bezimiennej, bardzo łatwo palcem zmierzyć się dająca, po prawej 6·5, lewej 7 cm.

Rozpoznano ciążę w ostatnich tygodniach obok miednicy ogólnie ścieśnionej, najwięcej poprzecznie karliczej, lejkowatej.

Kształt wchodu miednicy w połowie naturalnej wielkości:



Przyjąłem chorą jako kwalifikującą się do cięcia cesarskiego o wskazaniu względnem, z zastrzeżeniem, że przebieg porodu okaże czy nawet bardzo trudne rozmiażdżenie główki będzie możliwem i poleciłem co 2-gi dzień kąpiel.

Dnia 30. Kwietnia rano wystąpiły bóle porodowe. Przy rannej wizycie część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne wielkości centa, rozwarte, bóle wyraźne od kilku godzin, pomimo to główka chociaż nie wielka, wysoko ułożona balotuje. Przeprowadzenie ręki przez kanał miednicy w celu wykonania obrotu niemożliwe. Poleciłem należycie oczyścić odbytnicę i części rodne i przygotować wszystko do cięcia cesarskiego. Operacya metodą klasyczną. Przebieg jej nie okazał nic szczególnego. Pomimo atoli głębokiej narkozy chloroformowej, podczas nacinania skóry wystąpiły silne odruchy połykowe z wypinaniem gwałtownem powłok brzusznych. Po otwarciu jamy otrzewny i rozszerzeniu rany, pomimo najstaranniejszego obłożenia kompresami a nawet użycia pewnej siły gwoli odprowadzenia jelit, wydobywały się one z pod kompresów i palców wobec ciągłych ruchów z napinaniem brzucha. Podczas wytaczania macicy wypchane zostały na zewnątrz całe masy jelit, które nie dały się utrzymać kompresami ani z pomocą szwu założonego w powłokach brzusznych wedle Spenzer-Welsa. Po wytoczeniu macicy z biedą wprowadziliśmy jelita napowrót do jamy brzusznej i utrzymaliśmy je tam z trudnością. Rozcięcie macicy, wydobycie płodu żywego, nieomdlałego i popłodu wykonałem szybko; krwawienie mierne. Do szwów miąższowych użyłem jedwabiu sterylizowanego grubszego, do otrzewnowego (*seroseros*) z cienkiego i przekonawszy się, że rana nie krwawi, wpuściłem macicę do jamy brzusznej, wśród ciągłego napinania powłok. Bez ujęcia otrzewny założyłem na powłoki brzuszne szwy węzełkowe. Już prawie w samym końcu układania szwów wysunęła się z powodu silnego napięcia między dwoma szwami duża pętla jelit cienkich na zewnątrz, którą z trudnością odprowadzono. Między szwami głębokimi dodałem jeszcze płytsze tak, że rana zespolona została 16-ma szwami węzełkowymi i dla wzmocnienia zamknięcia jeszcze szwem ciągłym. Opatrunek zwykły z użyciem gazy jodoformowej. Dziecko płci żeńskiej 2395 grm. ważące, długość ciała 46 cm., obwód główki 32 cm. prosty 9·75, poprzeczny 7·5, ukośny 11·5, łożysko kształtu nerkowatego 350 grm. ważące. Po przebudzeniu chora skarżyła się na ból w brzuchu, dostała zaraz *tincturae opii simplex* a wieczór morfinę w czopku. Tętno 80, temp. 37·0, noc niespokojna.

1. Maja bóle w brzuchu; inj. morf., temperatura 37·4 i 37·7, tętno 115 i 120.

2. Maja temp. 37·2 i 37·4, tętno 100 i 140, morfina wieczór, 3 razy wymioty, inj. morf.

3. Maja temp. 37·5, rano i wieczór tętno 120, wymioty, inj. morf., noc spokojna.

4. temp. 38, tętno 108, wzdęcie brzucha, wysoki Hegar, *olei ricini* z koniakiem, 3 stolce.

5. Maja temp. 37·4 i 38·5, tętno 104, boleści, stolec, dreszcz.

6. Maja temp. bez zmiany, zmiana opatrunku, w okolicy pępka trochę krwi, zresztą suchy, lawatywa.

7. Maja temp. bez zmiany, *olei ricini* stolec, mocz sama oddaje.

10. Maja odjęto 6 szwów.

12. Maja usunięto resztę szwów, temp. 39, tętno 130.

13. Maja temp. 38·5 i 38·6, tętno 120, naciek w miejscu dwóch kanalików szwowych, z którego przy nacisku wydobywa się ropa.

14. Maja w nocy wymioty, temp. 37·5 i 38, tętno 110 i 100. Z nacieku obficie sączy się ropa, rozszerzyłem otwory zgłębnikiem, oczyściłem jamę ropnia podskórnego i wprowadziłem pasek gazy jodoformowej.

16. Maja ropienie nieznaczne, temp. 37, tętno 84. Odtąd ciepłota prawidłowa, ropień zagojony.

6. Czerwca chora z dzieckiem zakład opuściła w zupełnie dobrym stanie zdrowia.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, jako powikłanie ropień w powłokach brzusznych, pierwozrost wszędzie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof. Dr. Jakubowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Pierwsi twórcy tej nowej metody leczenia oddając surowicę do rąk lekarza praktycznego, wyraźnie oświadczają, iż jest ona skuteczną tylko w błonicy pierwotnej rozwijającej się pod wpływem prątka Löfflerowskiego i to w ciągu pierwszych trzech dni choroby. Mając na względzie powyższe zastrzeżenia, u chorych naszych przeprowadzoną była ścisła kontrola przez Dra Raczyńskiego i Słapę w pracowni bakteryologicznej prof. Bujwida, co do obecności prątków Löfflerowskich. Badań bakteryologicznych nie uskuteczniono tylko

w 11 przypadkach; z pozostałych 64 dokonanych badań otrzymano: czyste hodowle Löfflerowskie 43 razy, obok prątków Löfflerowskich wytworzyły się liczne kolonie streptokoków lub stafilokoków 20 razy, nie było wcale prątków Löfflerowskich tylko w jednym przypadku. Zestawiając wyniki badań bakteryologicznych z obrazem klinicznym błonicy, potwierdzić mogę, że lekarz praktyczny, z przebiegiem błonicy dobrze obznajmiony, może się *a priori* kusić o dyagnozę bakteryologiczną. Jeżeli błonica jest samoistną, naloty na migdałkach i łuskach podniebiennych są barwy szarawo białej i ograniczone, można twierdzić, że hodowle wykażą przeważnie prątek Löfflerowski. Jeżeli naloty są szarawo żółte, drążą w głąb, gruczoły podszczękowe są obrzmiałe a wydech chorych jest cuchnący, to niemal z pewnością ponad prątkiem Löfflerowskim górują streptokoki i stafilokoki i że w przypadkach tych seroterapia, nawet energicznie stosowana, niezbyt korzystne odda usługi.

Co do zastrzeżenia, iż tylko w pierwszych trzech dniach choroby skuteczność jej jest pewną, to oświadczyć muszę, iż w przypadkach zgłaszających się do szpitala św. Ludwika seroterapia nie miałaby wcale zastósowania, gdyż w tak wczesnym okresie choroby wyjątkowo tylko zgłaszano się z dziećmi. Idąc jednak za zdaniem Widerhofera, że wprawdzie po upływie trzeciego dnia choroby działanie surowicy nie jest już pewnem, lecz nie może być w zupełności wykluczone, podjałem się tej niepewnej już w skutkach pracy stósowania seroterapii nawet w późniejszych okresach choroby. Z góry przewidzieć można, że wyniki otrzymane w szpitalu św. Ludwika nie mogą iść w zawody z wynikami, jakie otrzymał prof. Monti a nawet prof. Widerhofer, do których zgłaszano się przeważnie z dziećmi w wcześniejszych okresach choroby. Czas trwania błonicy, o ile można to było stwierdzić wywiadami u naszych chorych, przedstawia się jak następuje:

między 1 a 2 dniem choroby przyjęto dzieci	5
„ 2 „ 3 „ „ „ „	13
„ 3 „ 4 „ „ „ „	31
„ 4 „ 5 „ „ „ „	9
„ 5 „ 6 „ „ „ „	4
w biegu drugiego tygodnia	13
Razem	75

Było zatem odpowiadających warunkom korzystnym do leczenia surowicą tylko 18
spóźnionych przypadków 57

Przy stosowaniu surowicy, żadnych środków wewnętrznie chorym nie podawano, ograniczając się miejscowo do płukań, lub pędzlowań 3% roztworem kwasu borowego. Ponieważ znaczna część chorych przybywała do szpitala z dławcem błoniczym, przeto u chorych tych obok seroterapii dokonywano stósownie do wskazania intubacyi lub tracheotomii.

Przechodząc do podania wyników otrzymanych w 75 przypadkach błonicy, leczonych surowicą, wobec rozlicznych wyczerpujących prac ogłoszonych dotąd w tym przedmiocie, uważam za stosowne w sprawozdaniu swojem ograniczyć się do krótkiego, na własnem doświadczeniu opierającego się przedstawienia własności surowicy, naprzód co do występowania zjawisk ubocznych, zostających w związku z jej działaniem a następnie istotnego jej wpływu na przebieg choroby.

Przy wstrzykiwaniu podskórnem surowicy przekonałem się, że podwójne nawet dawki (20 cm.³) szybko bywają wessane, nie wywołując miejscowo żadnych ubocznych zjawisk. W jednym tylko przypadku u czteroletniego chłopca w trzecim dniu po wstrzyknięciu powstało rozległe zapalenie tkanki łącznej podskórnej z następowem ropieniem, prawdopodobnie skutkiem zdarcia opatrunku przez małego pacyenta a następnie zanieczyszczenia małej ranki pozostałej po nakłuciu. Powikłanie to żadną miarą wziętem być nie może na karb surowicy, służy jednak za przestrogę, iż przy stósowaniu jej podskórnem nietylko przestrzegać należy ściśle zasad antyseptyki, ale dozorować wypada nieoględnych pacyentów, aby przynajmniej w pierwszych 18 godzinach opatrunku nie usuwali i nie narażali się przez to na powikłania miejscowe. Jako objawy chorobowe w ścisłym z seroterapią zostające związku, uważam o s u t k i s k ó r n e, występujące już to jako pokrzywka, już też jako różnej postaci rumień. Osutki w mowie będące u naszych chorych pojawiły się w 13 przypadkach (17%). P o k r z y w k a (w pięciu przypadkach) wystąpiła nagle między 3. a 10. dniem po użyciu surowicy, rozwijając się przeważnie na tułowiu, twarzy i odnogach górnych. Oprócz dokuczliwego swędzenia innych objawów ubocznych nie spostrzegano i osutka występowała po 2 lub 3 dniach. R u m i e ń (w ośmiu przypadkach) również najczęściej występował na skórze klatki piersiowej w postaci żywo czerwonych plamek zlewających się z sobą w jedną większą powierzchnię. Z powodu podwyższenia ciepłoty, upośledzenia czynności serca i objawów ogólnej bezsilności był on łudząco podobnym do płonicy. Widząc pierwsze takie przypadki, przyznać muszę, byłem w wątpliwości, czyli mam do czynienia tylko z rumieniem wywołanym przez działanie surowicy, czy też istotnie z płonicą. Kiedy w miesiącu Styczniu b. r. wziąłem do rąk sprawozdanie prof. Widerhofera, z wielkiem zajęciem czytałem uwagi jego odnoszące się do opisu osutek skórnych, dowiadując się, że i on nie zawsze był pewnym w odróżnieniu osutki występującej przy leczeniu surowicą od płonicy. Rumień uważać muszę za postać cięższa zakażenia swoistego posurowicznego. Przemawia zatem nietylko towarzyszenie mu zwykle podwyższenia się ciepłoty, upośledzenie czynności serca i ogólna adynamia, ale także występujące z nim dość często wielorakie bolesne zajęcie stawów. W ośmiu przypadkach rumienia przez nas spostrzeganych, trzy razy pojawiło się bolesne zajęcie kilku stawów, w obrazie klinicznym bardzo podobne do zapalenia wielorakiego stawów na tle gośćcowym (*polyarthritis rheumatica*). Wzmiankowane zajęcie stawów bardzo bolesne w przypadkach naszych nie wywołały silniejszych obrzęków w okolicy zajętych stawów i ustępowały szybko po kilku dniach.

Wyliczone tutaj powikłania wprzód w przebiegu błonicy nie spostrzegane, uważać musimy za objawy następowe, wynikające z podziałania na ustrój nieznanych nam dotąd toksyn swoistych, znajdujących się w surowicy. Z tą własnością ujemną surowicy, stwierdzoną przez wielu używających jej dotąd klinikόw, liczyć się musi lekarz praktyczny. W przypadkach błonicy w lekkiej rozpoczynającej się formie, w przykrem znajdzie się on położeniu zadając sobie pytanie: czy wskutek użycia surowicy nie sprowadzi u chorego powikłań, wprawdzie jak dotąd stwierdzono, nie niebezpiecznych dla życia, ale dolegliwych i chorobę wikłających; czyli też ociągając się ze stosowaniem surowicy, dozwoli na rozwinięcie się choroby i do użycia środka tego zwróci się dopiero po dniach kilku, t. j. w okresie, który twórcy sero-

terapii uważają za spóźniony? Wątpliwości i niedogodności te w stosowaniu seroterapii nie prędko zostaną rozwikłane. Usunąć je mogą, czego życzyćby należało, tylko bakteryologowie, szukając w pracowniach składników surowicy, wywołujących owe uboczne zjawiska? Surowica czysta lecząca a nie wywołująca zjawisk ubocznych, stałaby się najwyższym tryumfem nowoczesnego kierunku leczenia. Tymczasem lekarz praktyczny w każdym przypadku błonicy, rozwijającej się pod wpływem prątków Löfflerowskich, z stosowaniem surowicy ociągać się nie powinien, pouczając jednak wpierw stronę interesowaną o możliwych powikłaniach, które nie z jego winy, lecz z własności surowicy wywiązać się mogą.

Wielu klinikówy, zajmujących się badaniem wpływu surowicy na ustrój dziecka w przebiegu błonicy, twierdzi, iż po użyciu jej o wiele częściej i w groźniejszych postaciach występują pewne powikłania błonicy, jakoto: porażenia i moczenie białkowe. Opierając się na szczupłej liczbie 75 przypadków nie chcę występować, ani twierdząco, ani przecząco wobec wypowiedzianych powyżej zapatrywań; ograniczę się jedynie do przedłożenia cyfrowego. Na 75 chorych dwa razy tylko wydarzyło się porażenie mięśni połykowych miernego stopnia, a które w tym stosunku a nawet większym spostrzegaliśmy dawniej u chorych dotkniętych błonicą.

Co do białkomoczu u 4 chorych badania nie dokonano; w 71 pozostałych przypadkach nie znaleziono w moczu białka wcale przed i po stosowaniu surowicy 33 razy, wykryto zaś większe ilości białka 38 razy. W tych jednakże przypadkach 16 razy znajdowało się już białko przed rozpoczęciem seroterapii a tylko w 22 przypadkach dopiero po wstrzykiwaniach. Zważywszy jednakże, że w owych 22 przypadkach wstrzykiwania 10 razy uskuteczniono w pierwszych czterech dniach choroby, w którym to czasie i dawniej w błonicy nie zawsze moczenie białkowe spostrzegano przeto w naszych 75 przypadkach ostatecznie na karb wpływu surowicy policzyćby można zaledwie pozostałych 12. W ogóle z obserwacyi klinicznej przebiegów nie odniosłem tego wrażenia, aby seroterapia przyczyniała się do częstszego lub groźniejszego występowania powikłań ze strony nerek.

(Dokończenie nastąpi).

III. Zastósowanie formaldehidu w dentystyce.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

Zachowawcze leczenie w chorobach zębów jak zresztą w całej chirurgii ważną odgrywa rolę; to też każda nowa myśl, nowa metoda tego leczenia jest znaczną zdobyczą na polu naukowem, skoro w praktyce dobre wydaje owoce.

Utrzymanie zęba, którego pulpa obumarła, jak wiadomo, jest rzeczą zupełnie niemożliwą a jakkolwiek ząb taki pozostaje przez lata a nawet przez życie całe, jednak leczenie jego wymaga tak ze strony lekarza jak i chorego, nadzwyczaj wiele cierpliwości i zachodu i dlatego w wielu przypadkach zaniechanem bywa. Jeżeli mamy do czynienia z zębem, w którym ani kawałka nie ma zdrowej pulpy, należy miazgę pokarmową, jak również i rozmiękłą dentynę tak z jamy w koronie, jak i z samego korzenia usunąć zapomocą odpowiednich przyrządów a następnie odwietrzyć ją jakimkolwiek antyseptykiem. Najlepiej nadaje się do tego kwas karbolowy, sublimat, jodoform, dalej tymol, solweol (w ostatnich czasach zalecany przez Leszczyńskiego z Warszawy [1]), które to środki na wacie cienką sondą wprowadza się do przewodu korzenia. Niestety uczy doświadczenie, że jednorazowe takie postępowanie w największej liczbie przypadków nie wystarcza. Usunięcie w zupełności wszystkich szkodliwych i gnijących części ze szczytu korzenia, bez przejścia przez otwór szczytowy, natrafia często na nieprzełamane trudności, raz dlatego, że się operuje na ślepo, powtóre, że chociaż zewnętrznie wszystko się wydobędzie, sam otwór szczytowy zatyka się trocinkami z rozmiękłej dentyny. Pozostające tedy części ma uczynić nieszkodliwemi antyseptyk następnie wprowadzony. W większej liczbie przypadków, po kilkorazowem wprowadzeniu środków odwietrzających istotnie osiąga się skutek pożądany, lecz postępowanie to wymaga w każdym razie kilku lub kilkunastu posiedzeń, na co nie każdy chory zdecydować się może. Skoro rozchodzi się o ząb sieczny lub kieł, rzecz naturalna, że okoliczności tak dla chorego, jak i dla lekarza są przystępniejsze i dodają otuchy do zniesienia przeciągłej kuracyi cierpliwie. Ze strony chorego przemawia pretensya, że rozchodzi się o ząb przedni a więc po części o ozdobę a lekarzowi łatwiej, bo ma się do czynienia tylko z jednym korzeniem i nietrudnym do niego przystępem. Inna rzecz, gdy w grę wchodzi którykolwiek ząb trzonowy a szczególniej ostatni. Tu już, jak w górnej szczęce, trzy korzenie wymagają troskliwej opieki, dostęp często nadzwyczaj trudny a czasami niemożliwy. Nie każdy zważa na tego robotnika, co nie pokazując się światu, żuje szeroką powierzchnią, rozdrabniając pokarm dla żołądka. Zresztą czyż wielu jest ludzi takich, którzy pragną ponieść trudy i koszta dla jednego trzonowego zęba?

Chciałbym wierzyć, mówi Miller [2]), czy 5% ludności Niemiec jest wstanie lub pragnie pozwolić sobie na ten zbytek, aby się poddać długiej kuracyi dla jednego zęba trzonowego. A ja z tych 5% Millera w Niemczech śmiało zejść mogę na 1% u nas w Polsce a nie wiem, czybym się go gdzie dorachował.

Dziwić się wobec tego nie można, że każdy nowy sposób, pomijający długie i trudne leczenie korzeni przed plombowaniem, jest ważną rzeczą dla dentystyki.

Próby dotychczas w tym względzie dokonane, datują się od roku 1874, t. j. od czasu kiedy Vitzel [3]) podał swoją metodę amputacyjną. Sposób ten polegał na wprowadzeniu pasty arszenikalnej na zmieniony miąższ zęba, t. j. zniszczeniu tylko zewnętrznej jego powierzchni. Według Vitzla pasta miała działać tylko zewnętrznie, nie sądził on bowiem, aby arsen niszczył pulpę w zupełności.

Vitzel amputował część zewnętrzną, zostawiając część dalszą masą antyseptyczną, bo cementem z kwasem karbolowym ząb wypełniał. Przypuszczenia, jakie robił Vitzel co do losu kikuta pulpy, były wprost śmieszne, gdy nawet na-

[1]) Kilka słów o solweolu w dentystyce. *Gazeta lek.* Nr. 6. 1895.

[2]) Miller: Verhandlung der deutsch. odont. Geselsch.: Über verschiedene Methoden der Behandlung von kranken Zähnen ohne Entfernung der Pulpa.

[3]) *a)* Deutsch. Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde. Tom 14. 1874. *b)* Die antiseptische Behandlung der Pulpakrankheiten des Zahnes mit Beiträgen zur Lehre von Neubildungen in der Pulpa. Berlin 1879. *c)* Compendium der Pathologie und Therapie der Pulpakrankheiten des Zahnes. 1886.

stępowe tworzenie się dentyny w pozostałym miąższu nie było dla niego nieprawdopodobnem. Dopiero w roku 1886 zmienił swoje w tym względzie zapatrywania a kwas karbolowy zastąpił sublimatem i podał nader imponującą statystykę twierdząc, że na kilka tysięcy przypadków zaledwie 3% było niepomyślnych. Mimo tego wszystkiego, metoda ta nie znalazła zwolenników i dziś należy li tylko do historyi dentystyki.

Drugim z kolei, który pracował na tem polu był Baume[4]) a metoda jego różni się w zasadzie od sposobu Vitzla tem, że zamiast mięszaniny karbolu z cementem wprowadzał maleńkie kawałki boraksu lub ałunu, które miały uczynić pozostający miąższ pulpy aseptycznym a więc nieszkodliwym. I ten sposób mimo zachęcających rezultatów autora, nie znalazł wielu zwolenników. W trzy lata później ogłosił Guttmann[5]) statystykę ze swojej praktyki, gdzie wskazuje po tej metodzie zaledwie 25% dobrych rezultatów.

W tymże roku, kiedy przez artykuł Guttmanna metoda Baumego całkowicie zdyskredytowaną została, podaje Herbst nowy sposób odmienny od poprzednich, który równie przeminął bez wielkiego wrażenia. Do zupełnego zniszczenia pulpy używał ziemi angielskiej (*Scherbenkobalt*) zamiast pasty arszenikalnej, co w rzeczywistości na jedno wychodzi, gdy *Scherbenkobalt* jest przecie rodzimym arsenem. Herbst ogranicza się tylko na hermetycznem wypełnieniu zęba cynfolią zapomocą rotacyjnej swojej metody plombowania. Nie używa on zaś żadnych a żadnych środków odwietrzających, jak to czynili jego poprzednicy.

Przeglądając podręczniki dla dentystyki spotykamy się nadto z różnemi innemi metodami a raczej antyseptykami, które wprowadzano do przewodu zębowego po wydobyciu miąższu. Scheff[6]) młodszy zachwala chinolinę, Metnitz[7]), Sachs[8]), dalej Baume uważają zgęszczony roztwór kwasu karbolowego za jedyny, najlepszy środek tak w przypadkach, gdzie pulpa w części pozostaje, jak i tam, gdzie po jej usunięciu chodzi o unieszkodliwienie pozostających resztek w przewodzie zębowym. W tym ostatnim razie wielu używa jodoformu, który, jak wiadomo, nieresorbowany nie jest bynajmniej środkiem antyseptycznym, więc trudno pomyśleć, aby w zębie martwym bez zdrowej pulpy mógł wypełniać jakiekolwiek odwietrzające obowiązki. W miarę jak z biegiem czasu nowe wprowadzano przetwory antyseptyczne do chirurgii, odbijało się to zaraz w dentystyce, kreolina, lisol, solweol w różnych celach wypróbowane w chorobach zębów, lecz powszechnego nigdy nie doczekały się uznania. Równocześnie zaczęto używać wysokiej ciepłoty i tak Baume zastosował przyżegacz Paquelina do celów dentystycznych. Kirchner polecał wprowadzać pętlę galwanokaustyczną z jodem. Elektrolizy nie używano nigdy dla zniszczenia pozostającego miąższu pulpy, sądzę jednak, że ona za słabo i niepewnie działaćby mogła, zresztą i zrobienie przyrządu odpowiedniego do celów dentystycznych, ze względu na małe rozmiary przewodów, jest chyba niemożebnem. Szymkiewicz[9]) kombinuje działanie ciepła ze środkami antyseptycznymi i radzi kilkakrotne osuszanie ciepłem powietrzem z balonika, naprzemian z przestrzykiwaniem przewodu płynami odwietrzającymi.

[4]) Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde. 1888. Heft 3.
[5]) Verhandl. der deutsch. odont. Gesellsch. Band II. Heft 4. 1892.
[6]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1884.
[7]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1891.
[8]) Lehrbuch der Zahnheilkunde. 1892.
[9]) Szymkiewicz: O plombowaniu zebów obumarłych. *Przegl. lek.* Rok. XXI. Nr. 9. 10.

Ostatnia praca ważniejsza w tej sprawie jest Millera referowana przezemnie w *Przeglądzie lek.* z 1894 r. Powołując się na ten referat, nadmienić tu muszę, że Miller[10]) idąc za przykładem Baumego poleca także środki antyseptyczne *in substantia*, jako to sublimat z tymolem. Przechodząc te wszystkie metody krytycznie tak ze strony praktycznej jak i teoretycznej przyznać trzeba, że żadna z nich nie odpowiada w zupełności swojemu zadaniu. Stosowane dotąd środki odwietrzające możnaby podzielić na dwie grupy, t. j. jedne, które mało co, albo wcale nic nie działały, jak jodoform, ałun, boraks; drugie, których działanie było niezupełne.

Własności, jakie środek idealny do tego celu posiadaćby powinien, dobrze określa Miller w następujących punktach:

1) Musi to być nadzwyczaj silny antyseptyk.
2) Musi mieć silne własności przenikające.
3) Nie powinien z czasem znikać.
4) Powinien tkanki ustalać.
5) Nie powinien mieć dalszego wpływu na ząb, zabarwiać go lub jak niektóre kwasy rozkładać.
6) Substancye stałe są lepsze, niż płyny.

Na ostatni ten punkt ze względu na poprzednie wcale się pisać nie można, gdy nie zawsze mają się w czem rozpuścić stałe substancye w przewodzie zębowym. Do tych 6-ciu przez prof. Millera podanych warunków, dodałbym jeszcze siódmy, t. j. że substancya, o której mowa, nie powinna mieć silnych własności trujących i w zetknięciu z błonami śluzowemi jamy ust, nie powinna czynić takiego zniszczenia, jak to czyni n. p. zgęszczony kwas karbolowy. Ostatni zresztą ten warunek może odpaść przy użyciu ochraniającej gumy (*cofferdamu*) i zręczności operatora.

(Dokończenie nastąpi).

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Devergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,
asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Jedną z kardynalnych różnic pomiędzy obydwiema chorobami, na którą tak mało autorów zwraca uwagę a której przecież nie powinno się żadną miarą pominąć, jest zachowanie się błon śluzowych w przebiegu jednej i drugiej choroby. Pierzchnica Hebry nie oszczędza prawie nigdy błon śluzowych a przedewszystkiem jamy ustnej; chyba w przypadkach bardzo krótko trwającej pierzchnicy znajdujemy jamę ustną zupełnie niezajętą. W przypadkach długo trwającej pierzchnicy spotykamy się prawie regularnie z nacieklem w postaci zlewających się ze sobą guziczków, tworzących mniejsze lub większe wysepki na łukach podniebiennych, na błonie śluzowej policzków lub na języku. Rozpoznanie tej choroby z wejrzenia jej na błonach śluzowych jest

[10]) Verhandl. der deutsch. odont. Gesellsch. 5. Band. Heft III.

nader trudne nawet dla bardzo biegłych dermatologów, zachodzi tu bowiem nadzwyczajne podobieństwo do liszaja żrącego (*lupus vulgaris*) tak, że widziałem, jak bardzo nawet biegli klinicy rozpoznawali sprawę w tych przypadkach tylko *ex juvantibus*. Oprócz jamy ust spotykamy się nadto z pierzchnicą Hebry i na błonie śluzowej pochwy. W przebiegu *pityriasis rubra pilaris* nie napotykamy nigdy choroby tej na błonach śluzowych i to w żadnym okresie tej choroby. Bardzo ważna cechą następnie pierzchnicy Hebry a przemawiająca również przeciw tożsamości tej choroby z *pityriasis pilaris* jest zachowanie się skóry po przebiegu procesu w miejscach pierzchnicą poprzednio dotkniętych. *Lichen ruber* pozostawia po całkowitem nawet wyleczeniu po sobie ślady w postaci mniej lub więcej wybitnych epigmentacyi w miejscach poprzednio chorobowo zajętych. Złożenie to barwika w skórze jest tylko dowodem, że sprawa nie była powierzchowną, lecz zajmowała głębsze warstwy *corium* wywołując przekrwienie i następowo odczyn zapalny. Inaczej ma się sprawa po przebiegu *pityriasis rubra pilaris;* i ta choroba pozostawia pewne ślady, ślady w postaci nadzwyczaj delikatnych łusek przyskórkowych, świadczących znowu o tem, że chorobowo zmienionym był tu przedewszystkiem przyskórek, który skutkiem nadmiernej proliferacyi jeszcze oddziela się po przebiegu sprawy chorobowej. Złożenia barwiku w skórze nie spotykamy tu nigdy, bo przecież zmiany w głębszych warstwach są dopiero następowe i nie dochodzą nigdy do takiego stopnia, jak w *lichen ruber Hebrae*. Przejdźmy wreszcie do wyników leczenia w obydwóch chorobach. Jak wiadomo, w kwasie arsenawym posiadamy nieoceniony i niemal zupełnie pewny środek przeciw pierzchnicy Hebry. Środek ten nie zawodzi nas nigdy i możemy też każdego chorego z góry zapewnić, że choroba jego ustąpi po dłuższem lub krótszem leczeniu arszenikiem, naturalnie, jeżeli nie zachodzą jakieś komplikacye i jeżeli odżywienie ogólne chorego jest zadowalniające. Musimy chorego przygotować także na to, że choroba po nieoznaczonym czasie może się wrócić, lecz i wtedy arszenik z pewnością nas nie zawiedzie. *Pityriasis rubra pilaris* zachowuje się wobec arszeniku powiedziałbym niemal zupełnie obojętnie a ustępuje nawet zupełnie nie leczona, lub przy stósowaniu dosyć obojętnych maści lub plastrów rozmiękczających przyskórek. Powiedziałem niemal obojętnie, bo przecież arszenik jak we wielu innych chorobach, tak też i tu czyni swoje, to jest podnosi ogólną przemianę materyi, polepsza odżywienie i wpływając w ten sposób korzystnie na ekonomię w ustroju, wzmagając jego odporność, staje się nieposlednim czynnikiem terapeutycznym. Wszak miałem raz w obserwacyi chorego z nader uporczywym wypryskiem na dłoniach, który nie ustępował przy bardzo nawet troskliwych usiłowaniach leczniczych, po małych zaś dawkach arszeniku (arszenik stosowano u niego z powodu innej choroby) nastąpiło wyleczenie w krótkim czasie. W pierzchnicy Hebry musimy jednak uważać arszenik za *specificum*, bo działa on tu zupełnie pewnie i niemal wprost na sprawę chorobową, podobnie jak w łuszczycy, gdy w *pityriasis pilaris* działanie jego ogranicza się tylko do leczenia pomocniczego.

Zebrawszy wszystkie powyżej przytoczone szczegóły, t. j. różnice w przebiegu klinicznym, w znamionach zewnętrznych, w rokowaniu, w leczeniu, a wreszcie w zmianach anatomo-patologicznych przyznać musimy, że *pityriasis rubra pilaris* należy uważać za *morbus sui generis*, za chorobę warstwy przyskórkowej skóry, z następowem zajęciem skóry właściwej, za chorobę dobrotliwą o przebiegu chronicznym, która ze względów nosologicznych winna zająć miejsce obok łuszczycy *(psoriasis)*, chociaż co do ostatniej są zdania autorów podzielone.

W literaturze współczesnej spotykamy się jeszcze z jedną nazwą pierzchnicy t. zw. *lichen neuroticus Unnae*. Autor ten przyczynił się zupełnie niepotrzebnie tylko do zwiększenia zamieszania w nomenklaturze dermatologicznej, opisując tem mianem nic innego, jak tylko cięższe przypadki *lichen ruber Hebrae*, w którego przebiegu spotykamy się często z większemi lub mniejszemi przypadłościami ze strony systemu nerwowego. Unna chciał tą nazwą tylko oznaczyć, że spotykał się często z przypadkami ciężkimi pierzchnicy o przebiegu analogicznym do owych pierwszych przypadków Hebry i rości sobie pretensye, że jego *lichen neuroticus* jestto właśnie *lichen ruber Hebrae*, a że *lichen accuminatus Kaposi* nie jest niczem innem tylko *pityriasis rubra pilaris*.

Lichen ruber neuroticus Unnae przebiega ostro, osutkę poprzedzają zwyczajnie obfite poty a erupcya sama połączona jest z nadzwyczaj silnem swędzeniem. Guziczki zrazu małe, z czasem powiększają się a skóra w miejscach niezajętych przybiera barwę różową, przechodzi w stan zapalenia i wreszcie pokrywa się świeżo powstałymi guziczkami tworzącymi coraz to większe wyspy. Przebieg choroby jest nader ciężki, chorzy przedstawiają się w stanie ciągłego podniecenia i rozdrażnienia nerwowego; choroba prowadzi w krótkim czasie do charłactwa i śmierci.

Unna nazwał tę chorobę pierwotnie *lichen ruber accuminatus*, aby zaznaczyć identyczność jej z pierzchnicą Hebry, od czasu kongresu paryskiego zaś zmienił nazwę na *lichen ruber neuroticus*, chcąc je odróżnić od *lichen accuminatus Kaposi*, który, zdaniem jego, z pierzchnicą Hebry nie ma nic wspólnego.

Druga forma opisana przez Unnę jest t. zw. *lichen ruber obtusus*, który dzieli autor na dwie odmiany: a) *lichen obtusus vrai* i b) *lichen obtusus corné.*

Jeden przypadek obserwowałem u Unny w Hamburgu w ambulatoryum; przedstawia się jako wysypka średnio guziczkowa, sprawiająca tylko nieznaczne swędzenie, pozostawiająca po sobie złożenie barwika w skórze a nawet powierzchowne blizenki. Guziczki przedstawiają się w postaci stożków ściętych okazujących bardzo często w środku zagłębienie. Odmiana druga *(l. obtusus corné)* różni się od poprzedniej tem, że guziki w jej przebiegu występujące są sferyczne, zwiększają się bardzo powoli zmieniając swoją barwę na ciemniejszą i pokrywają się łuskami zrogowaciałego przyskórka. Guziczki nie tworzą w tej odmianie prawie nigdy większych nacieków a przebieg choroby jest bardzo przewlekły.

Obie odmiany pierzchnicy opisane przez Unnę przedstawiają typy guzków kończystych, należą więc do grupy *lichen accuminatus sensu stricto*, t. j. ze względów morfologicznych.

Jako pendent do obydwu tych odmian opisanych przez Unnę wymienić mi nakoniec należy jeszcze dwa rodzaje pierzchnicy płaskiej, okazujące pewne modyfikacye w budowie anatomicznej i w przebiegu klinicznym i wyróżniające się

dlatego nieco od pierwotnej modły pierzchnicy Wilsona. Tu należą: 1) *lichen plan corné (lichen hyperkératosique)* 2) *lichen plan atrophique Kaposi-Hallopeau (lichen plan scléreux).*

Lichen plan corné jest odmianą pierzchnicy płaskiej przebiegającą chronicznie, z najczęstszem usadowieniem się na kończynach dolnych, o guzkach płaskich rozmaitej wielkości zlewających się w wysepki wielkości guldena srebrnego. Wysepki te pokryte są cienką łuską barwy szarej, mocno przystającą a jeżeli się przypatrzymy dokładnie poszczególnym guziczkom, widzimy, że każdy z nich mieści w swem zagłębieniu stożek przyskórkowy wielkości ziarnka maku. Odmiana ta pierzchnicy jest dobrotliwa, trwa nieraz przez całe lata, zajmując tylko małą powierzchnię skóry i ustępuje często bez leczenia zupełnie. Nie jest ona zbyt rzadką i sprawia dosyć silne swędzenie.

Lichen planus atrophicus (Kaposi-Hallopeau) jest choroba bardzo rzadką i połączoną z głębszemi zmianami anatomicznemi skóry, mianowicie z zanikiem *corpus papillare*, ze zmianami sklerotycznemi w *corium* i rozszerzeniem przewodów potowych. Guziczki zlewające się w wysepki w obwodzie nieregularnym, są okrągłe, posiadają podobnie jak poprzednio opisane zagłębienie w środku odpowiadające bądź to ujściom gruczołów, bądź też uchyłkom włosowym. Choroba ta jest jeszcze z powodu swej rzadkości nazbyt mało badaną a dalsze spostrzeżenia zapewne okażą czy zaliczenie tej choroby do grupy *lichen ruber* jest usprawiedliwione.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Grassl: **Przypadek urazowego bezgłowia** *(anencephalus et acrania traumatica).*

Kobieta, wieloródka, która będąc w 7. miesiącu ciąży upadła na brzuch, urodziła w należytym czasie płód donoszony, pozbawiony całej czaszki i mózgu. Wykształconą była tylko twarz, gałek ocznych brakło, powieki były zawarte. W miejscu sklepienia czaszki od łuków brwiowych aż do pierwszego kręgu szyjnego ku tyłowi były tylko mięsiste, zgrubiałe powłoki czaszkowe, w głębszych warstwach z wejrzenia podobne do zaśniadu krwawego. Masa ta wypełniała wnętrze czaszki pozbawione nawet śladów mózgu, któreby można było dostrzedz gołem okiem; podstawa czaszki była utrzymaną.

Autor nie mógł przypadku tego należycie wyzyskać naukowo, ponieważ rodzina tego nie dozwoliła. Powołując się na Zieglera, twierdzi autor, że przyczyną anencefalii i akranii w danym przypadku było silne wstrząśnienie i obrażenie głowy płodu w czasie upadku matki. *(Friedreich's Bl. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

Schlichte: **Samobójstwo przez otrucie żelasinkiem potasu.**

S. opisuje przypadek otrucia się pewnego robotnika 59-letniego, któremu dla ratunku podano ocet, poczem natychmiast śmierć nastąpiła. Sekcya wykazała typowy obraz otrucia sinkiem potasu a pomimo to znaleziono w treści żołądkowej tylko żelasinek potasu, który jak wiadomo, nie zalicza się do przetworów trujących. Autor przestrzega zatem, że i żelasinek nie jest tak niewinny, jak dotąd sądzono i że pod wpływem kwasów, nawet pod wpływem HCl żołądkowego może się rozpaść na sinek potasu i w ten sposób stać się przyczyną śmierci.

(Autor, zdaje się, zapomina, iż żelasinek potasu wyrabia się z sinku potasu, że zatem w jego przypadku mógł żelasinek być zanieczyszczonym nadmiarem sinku potasu, który śmierć wywołał; żelasinek bowiem, jak poucza chemia, nie wydziela kwasu pruskiego pod wpływem słabych kwasów i na zimno. Przypisek sprawozdawcy. *(Zeitschrift f. Medicinalb.* 1895. Nr. 8). *Wachholz.*

Chemia sądowa.

Smita: **Badania nad ilością fosforu w zapałkach.**

W przypadku morderstwa popełnionego na dziecku przez otrucie go 5—6 zapałkami zwrócił się sędzia śledczy do autora i prof. Ludwiga z zapytaniem, ile fosforu mieści w sobie pięć zapałek danego gatunku. Pytanie to skłoniło autora do badań w tym względzie nad 19 gatunkami zapałek. Badania te potwierdziły zdania w tej mierze Hofmanna i Gunninga a mianowicie wykazały: Ilość fosforu jednej zapałki dowolnego gatunku waha między 0,00178 a 0,000167 grm., najczęściej zaś wynosi ona od 0,0005 do 0,001 grm. czystego fosforu.

Stósunek ilości fosforu najmniejszych główek zapałek do największych zachowuje się jak 1:1,05, 1:1,23 lub 1:1,37. Ilość utworzonego przez utlenienie się fosforu, kwasu fosforowego w jednej główce zapałki jest mała, bo w 100 zapałkach wynosi ona zaledwie od 0,0064—0,008 grm. Aby przedestylować fosfor zawarty w zapałkach, wystarczają ku temu dwie godziny czasu przy żywem gotowaniu się masy destylacyjnej, w pozostałości nie znachodzi się po upływie 2 godzin ani fosforu ani kwasu fosforawego.

Dla przedestylowania zwykłego fosforu w kawałkach w podobnej ilości, co w zapałkach potrzeba trzech godzin czasu i to przy zmięszaniu fosforu z proszkiem kaolinowym celem rozdrobnienia fosforu i przy użyciu silnego prądu pary. *(Friedr. Bl. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

Terapia.

Cubasch: **Ferropiryna i jej zastosowanie lecznicze.**

Nowy ten środek wyrabiany na polecenie autora przez firmę Knoll i Spółka w Ludwigshofen n. R. jest połączeniem jednej drobiny chlorku żelazowego z 3 drobinami antypiryny; stanowi proszek krystaliczny, ciemnoczerwony, rozpuszczający się w 5 częściach zimnej wody, smaku lekko ściągającego, nie działający żrąco nawet w roztworach stężonych.

C. stósował ferropirynę w niedokrewności i w błednicy szczególnie w przypadkach, jak to często się zdarza, połączonych z bólami głowy, migreną, gastralgiami i innymi nerwobólami a miał przytem na względzie, aby obok żelaza powoli działającego podawać paliatywnie środek kojący ból. Skutek 4-letniego używania tego środka odpowiedział w zupełności oczekiwaniom.

Ferropirynę przepisuje autor w roztworze wodnym 0·3 do 0·6%, w dawkach osobnych po 0·05 grm. 3 do 4 razy dziennie. W ostrej niedokrewności i w przewlekłych biegunkach podawał dwu lub trzykrotną dawkę. Chorzy znosili środek ten bez najmniejszych przypadłości żołądkowych a często po zażywaniu przez 5—6 dni ustawały bóle głowy, apetyt się wzmagał a w 3—4 tygodni stan ogólny znakomicie się poprawiał.

W błednicy przepisywał C.:

Rp. *Ferropyrini* 0·60
Syrupi aurant. 20·00
Aquae destil. 180·00
S. 3 razy dziennie zażywać po łyżce stołowej

U chorych, którzy nadto okazywali objawy dyspeptyczne, dodawał pepsyny 5 grm. i 5 kropel kwasu solnego.

W przypadkach połączonych z biciem serca (nerwica n. błędnego) widział C. dobre skutki po podawaniu ferropiryny z *tinctura valerianae aetherea:*

Rp. *Ferropyrini* 0·6
Tinct. valer. aether. 4·00
Aquae destil. 200.00
S. Jak wyżej.

Najbardziej wpada w oczy działanie kojące ból ferropiryny, co autor przypisuje łatwej wessalności środka i okoliczności, że środek ten łatwo rozpada się na swe składniki. (Osobne odbicie z Nru 7. *Wiener medic. Presse* 1895).

B.

W. Nawratil: **Woda utleniona w leczeniu błonicy.**

Zdaniem autora leczenie błonicy polega na pozostawieniu części zajętych samoistnemu oddzielaniu się błon a przytem ochranianiu zdrowych części. Jedynym niedrażniącym i nieszkodliwym środkiem desinfekcyjnym nawet przy dłuższem zastosowaniu dla organizmu, jest woda utleniona, którą autor od dłuższego czasu używał w przeszło 300 przypadkach. Środek ten stosuje on w następującej formie:

Hydrogenii superoxydati 60·00
Glicerini puri 15·00
Aquae destil. 250·00

S. D. *in vitro nigro.* S. Co kwadrans dniem i nocą podawać po łyżeczce od kawy.

Przy tej metodzie leczenia zbyteczne są wszelkie płukania, pomazywania, przestrzykiwania, stosowanie zimnych okładów i t. d.; jedynie tylko wymaga się płynnej dyety, czyszczenia ust po jedzeniu i wilgotnego powietrza pokojowego przez wytwarzanie pary wodnej. Przy tym sposobie leczenia gorączka spada w 3—7 dni, gruczoły maleją, rychła poprawa. *(Wiener med. Wochenschrift* Nr. 11. 1895.

Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

59. Combe (z Lozanny). Organoterapia (z obrad jeneralnego zgromadzenia lekarzy szwajcarskich w Lozannie dnia 4. Maja b. r.) Organoterapią proponuje autor nazwać w przeciwieństwie do leczenia surowicą czyli seroterapii wprowadzanie do ustroju chorego substancyi lub wyciągu z organów dostarczających krwi wytworów sekrecyj wewnętrznych i przytacza w tej mierze kilka własnych spostrzeżeń.

I tak jedno tyczy się chorego na moczówkę cukrową, cierpiącego na nią od 8 lat, który wydzielał mocz zawierający 4% cukru. Gdy wszelkie leczenie działało tylko przelotnie, ustąpił cukier z moczu zupełnie po zadawaniu trzustki (w formie kanapek). Chory tem zadowolniony usunął się z pod dalszej obserwacyi.

W rozmaitych znów zboczeniach krwi (jak bielicy prawdziwej i wrzekomej, złośliwej niedokrewności, niektórych formach krzywicy i blednicy) nieraz działa bardzo dobrze spożywanie szpiku kostnego. Autor widział znakomitą i rychłą poprawę po użyciu tego środka w 10 przypadkach blednicy i 7 ciężkich przypadkach krzywicy. Co więcej, zwraca autor uwagę, iż u dzieci pojawia się niedokrewność wrzekomo bielicza *(anémie pseudoleucémique infantile)*, na którą ze znanych w piśmiennictwie 70 przypadków umarło 68 dzieci a tylko 2 wyzdrowiało. Autor spostrzegał tej choroby w Lozannie 8 przypadków; z nich umarło 6 przed spróbowaniem innego sposobu leczenia, 2 zaś leczonych zadawaniem szpiku kostnego wyzdrowiało w krótkim czasie zupełnie lub prawie zupełnie. W celu leczenia rozcierano łyżkę stołową szpiku kostnego (z cielęcia lub młodego wołu) z trzema łyżkami wody; płyn w ten sposób otrzymany przesączano i zadawano chorym dzieciom z mlekiem. W ciągu sześciu tygodni podwyższył się ciężar ciała o 1800 gramów, zmniejszyła się śledziona a powiększyła się ilość hemoglobiny.

W końcu opowiada autor o dwóch przypadkach wrodzonego obrzęku śluzakowego z matołectwem *(myxoedeme cretinoide congenital)*; jednym u dziecka 2-letniego, drugim u dziecka 4-letniego, z których pierwsze przyszło już na świat z obrzękiem śluzakowym, drugie zaś dostało go w 8. miesiącu życia (czy nie w czasie zaniku grasicy?) Obydwoje nie miało gruczołu tarczykowego ani zębów i okazywało wybitne przypadki matołectwa. Po zadawaniu dziennie po 3 gramy wyciągu wodnego gruczołu tarczykowego naprzód przez odbytnicę, następnie przez żołądek w ten sposób, iż po zadawaniu przez 4 dni z rzędu pauzowano również przez 4 dni, ustąpiły w krótkim czasie wszystkie przypady tak, iż jedno z tych dzieci nie różni się teraz prawie niczem od dziecka całkiem zdrowego.

Mimo tego wszystkiego nie uważa autor swych spostrzeżeń za całkiem stanowcze, tylko za bardzo zachęcające do dalszych doświadczeń. (*La Semaine médicale.* 8. Maja 1895).

60. Schede: O zatruciu kokainą. Autor opowiedział na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego hamburskiego następujący przypadek: Mężczyzna 20-letni, mający zwężenie cewki moczowej, wstrzyknął sobie do niej 2 gramy (czyli 20 centygramów kokainy) 10% roztworu kokainy. W kilka minut potem wystąpiła na twarzy sinica (*cyanosis*), rozszerzenie źrenic i głęboka śpiączka (*coma*). Wzniecono sztuczne oddychanie, przepłukano cewkę i pęcherz moczowy. Po pięciu minutach wystąpiły kurcze podobne jak w tężcu i szczękościsku *(tetanus et trismus)*. Wstrzyknięcie kamfory i eteru, tudzież wziewania azotynu amylowego *(Amylnitrit)* nie odniosły żadnego skutku. Użyto przeto tlenu do wdychania obok dalszego wzniecania skutecznego oddychania a gdy i to nie pomogło, puszczono krew. I to nie przydało się na nic. Po dalszem znów wdychaniu tlenu okazała się słaba reakcya źrenic, ale dopiero po wstrzyknięciu do żył 650 gramów fizyologicznego roztworu soli kuchennej nastąpiła znaczna poprawa. Tętno było teraz 160. W dwie godziny od użycia kokainy oddał chory mocz dobrowolnie a w godzinę potem odzyskał zupełnie przytomność.

Przy tej sposobności zwraca autor uwagę, iż kokaina stósownie do dawki wywołuje przypady rozmaite, nawet wprost przeciwne. Gdy n. p. małe dawki podnoszą ciśnienie krwi i zwężają naczynia, duże przeciwnie obniżają ciśnienie i rozszerzają naczynia. Do roku 1891. znanych było 13 przypadków śmiertelnych z otrucia kokainą; między nimi były dwa po wstrzyknięciu roztworu kokainy do cewki moczowej. Raz nawet nastąpiła śmierć po wstrzyknięciu podskórnem 2 centygramów. Widziano zatrucia po wszelkich użyciach kokainy. Ażeby ich uniknąć, należy do wstrzykiwania podskórnego używać roztworów słabych, co najwięcej 2%. Po pierwszem wstrzyknięciu trzeba czekać z drugiem jakiś czas i wstrzykiwać w miejsce sztucznie krwi (do pewnego stopnia) pozbawione. Autor nie rozstrzyga, czy rada Gauchiera, by do roztworu kokainy dodawać nitrogliceryny, jest praktyczna. (Gauchier przepisuje: *Cocaini muriatici 0·20, aquae destil. 10·00, solutionis 1% nitroglycerini guttas decem*). W ten sposób gramowa strzykawka Pravazowska zawiera dwa centygramy kokainy i kroplę roztworu (1%) nitrogliceryny. G. używa takiego roztworu już od dwóch lat i nie widział po nim nigdy żadnych zgoła objawów zatrucia, mimo iż dochodził do 12 centygramów kokainy. *(Münchener med. Wchschrift.* 7. Maja 1895).

61. Gurlt: Dalszy ciąg statystyki narkoz. (Z tegorocznego niemieckiego kongresu chirurgicznego w Berlinie). W ostatnim roku nadesłało 75 operatorów 77 sprawozdań, z których 63 pochodzi z państwa niemieckiego. Obejmują one 51957 narkoz, mianowicie 31083 chloroformem, 15712 mięszaniną Billrothowską (chloroform, eter i alkohol), 1426 bromkiem etylu i 34 pentalem. Przypadków śmierci było z chloroformu 23 prócz 8 wątpliwych, z eteru 5, nadto jeden wątpliwy, z mięszaniny Billrothowskiej nie było żadnego przypadku śmierci. W ogóle zebrana dotychczas statystyka obejmuje 266151 narkoz. Wypada z niej, że jeden przypadek śmierci przypada na 2909 narkoz chloroformem, na 6004 narkoz eterem, 10162 narkoz mięszaniną obydwóch, na 5745 narkoz mięszaniną Billrothowską. Statystyka jest przeto dla eteru korzystniejsza, niż dla chloroformu; pamiętać wszakże należy, iż w ostatnich właśnie czasach zwrócono uwagę na pojawianie się ciężkich zapaleń płuc po narkozie eterem. Z powstałych tym sposobem 30 przypadków zapalenia płuc skończyło się śmiercią 15, z których 13 przypada na operacye brzuszne. Tłomaczy się to w ten sposób, że po operacyach brzusznych operowani w celu uniknienia bólu

w miejscu operacyi wstrzymują kaszel, co pogarsza zapalenie płuc; jestto skazówką, że do operacyj brzusznych nie należy, ile możności, używać eteru. *(Münchener med. Wchschft.* 7. Maja 1895).

62. Josué i Hermary: Przypadek gnilicy (*septicaemia*) połogowej, leczony surowica przeciwpaciorkowcową. (Z posiedzenia Towarzystwa biologicznego w Paryżu w dniu 4. Maja 1895). U położnicy okazującej przypady zakażenia wstrzyknęli autorowie 5. dnia po porodzie zrana 30 cm.^{3} a wieczorem 20 cm.^{3}, następnego zaś dnia rano 20 cm.^{3} a wieczorem 15 cm.^{3} surowicy przeciwpaciorkowcowej Rogera i Charrina. Wskutek tych wstrzykiwań poprawił się bardzo rychło, prawie natychmiast stan ogólny, gdy objawy miejscowe poprawiły się dopiero później. Jedenastego dnia choroby pacyentka wstała z łóżka i jest obecnie prawie zupełnie zdrowa. *(La Semaine médicale.* 8. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 6. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia na członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego koll. Teodora Bohosiewicza, prof. Henryka Hoyera, Walentego Jeża i Romana Renckiego, przez głosowanie wybrani jednomyślnie.

3) Kol. Śliwiński jako referent komisyi przemysłowej prosi Towarzystwo lekarskie krakowskie o udzielenie swego poparcia wyrobom p. Otowskiego, który przejął na siebie aptekę po p. Sobierajskim i wyrabia też same przetwory, jakie za czasów p. Sobierajskiego były przyjęte i poparte przez Towarzystwo lekarskie krakowskie a obecnie ponownie sprawdzone przez komisyę przemysłową tegoż Towarzystwa. Wniosek kol. Śliwińskiego przyjęto.

4) Kol. przewodniczący zawiadamia, że na podstawie uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z dnia 6. Lutego b. r. wręczyło prezydyum dyplom na członka honorowego kol. Kwaśnickiemu. Wobec listownej prośby kol. Kwaśnickiego o pozwolenie podziękowania zgromadzonym członkom za otrzymane odznaczenie, przewodniczący udziela mu głosu; poczem kol. Kwaśnicki w krótkich a serdecznych słowach dziękuje Towarzystwu za nadanie mu tak wysokiego odznaczenia.

5) Kol. Kryński przedstawia nowy opatrunek na złamanie obojczyka (odczyt ogłoszony drukiem w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Bossowski, że używszy raz w praktyce prywatnej opatrunku Büngnera, zmuszonym był po kilku godzinach usunąć go z powodu obrzęku przedramienia — opaska ta, jeżeli ma dobrze ustalać, jest nieznośną dla chorego z powodu ucisku, toż samo możnaby powiedzieć i o opatrunku kol. Kryńskiego; z pośród innych opatrunków przylepiec Sayrea choć stary mimo to jest zawsze jeszcze najlepszym i najodpowiedniejszym, zwłaszcza gdy się weźmie pod uwagę, że złamania obojczyka z nieznacznem przemieszczeniem odłamków mogą się goić bez żadnych opatrunków.

Kol. Kryński w odpowiedzi oświadcza raz jeszcze, co powiedział poprzednio w wykładzie, iż sądzić o zaletach praktycznych nowego opatrunku można będzie dopiero po wypróbowaniu go na chorych. Zarzut kol. Bossowskiego, iż tury opaski wywierać będą zbyt mocny i groźny ucisk na kończynę chorego, jest apryorystyczny i nieuzasadniony. To samo niebezpieczeństwo grozi choremu w każdym opatrunku opaskowym, mającym działać uciskająco, jeżeli założy się go nieudolnie. Na to zaś jest jeden sposób: założyć dobrze, ani za mocno, ani za słabo a dzięki prężności gumy, opaska elastyczna nawet założona stosunkowo słabo, będzie okazywała działanie w pewnym kierunku stałe, gdy wszystkie inne opatrunki opaskowe na złamanie obojczyka działają tylko w pierwszej chwili po założeniu, potem zaś zupełnie się rozluźniają. Najlepszy dowód stanowią wyniki ich działania: w klinice chirurgicznej stósuje się stale opatrunek Sayrea, który zakłada się *lege artis* jak najdokładniej, na to jeszcze dodaje się kilka tur opatrunku Desaulta.

W ciągu ostatnich lat pięciu mówca nie widział ani jednego przypadku złamania obojczyka ze znaczniejszą dyslokacyą, w którym zrośnięcie odłamków nastąpiło dobrze, t. j. równo i gładko. Pogląd więc kol. Bossowskiego na wartość tych opatrunków uważa mówca za zbyt optymistyczny. Wreszcie co się tyczy twierdzenia kol. B., że złamania obojczyka i bez opatrunku leczyć się mogą dobrze, to idąc konsekwentnie, możnaby z równą słusznością zarzucić używanie opatrunków ustalających na złamane kończyny lub opatrunku sterylizowanego na rany, ponieważ i jedne i drugie niekiedy »bez wszystkiego« goją się dobrze. Na to jednakże chirurdzy z pewnością się nie zgodzą. (Sprawozdanie własne).

Prof. Cybulski przedstawia wyniki najnowszych badań dokonanych w swej pracowni nad funkcyą nadnercza. Wobec tego, że dotychczasowa literatura nie mogła się poszczycić żadnymi stanowczymi rezultatami w tej mierze, prelegent już od dawna dawał zbadanie funkcyj tego gruczołu jako temat do opracowania, wyraziwszy z góry w swoim podręczniku przypuszczenie, że ustrój zapomocą osobnych gruczołów, do których i nadnercze zaliczyć wypada, wywiera rzeczywisty wpływ na odżywcze czynności tkanek.

Doświadczenia wykonane w pracowni prelegenta przez Dra Szymonowicza a przedstawione Akad. Umiej. 4. Lutego i Tow. Kopernika 7. Lutego b. r. wykazały, że nadnercze rzeczywiście zawiera jakąś substancyę dla ustroju niezbędną, skoro z jednej strony zwierzę pozbawione obu nadnerczy ginie zawsze wśród charakterystycznych objawów — z drugiej zaś strony wstrzyknięcie wyciągu z nadnercza takiemu zwierzęciu staje się na pewien czas powodem wzmożenia się ciśnienia, opadającego prawie do zera, oraz powrotu tętna i oddechania do normy. Wstrzyknięcie takiego wyciągu z nadnercza zwierzęciu zdrowemu wywołuje znaczne podniesienie się ciśnienia oraz zwolnienie tętna, które nie występują u zwierząt z przeciętym rdzeniem i nerwami błędnymi, co dowodzi, że substancya zawarta w nadnerczu działa na grupy ośrodków w rdzeniu położone.

Prof. Cybulski przeprowadził w dalszym ciągu cały szereg doświadczeń nad najróżnorodniejszymi wyciągami z nadnercza, aby się przekonać, czem substancya w nadnerczu zawarta da się z niego wyciągnąć i jakie w ogóle okazuje własności. Wstrzykiwanie wyciągów otrzymanych z nadnercza zapomocą wody, gliceryny, alkoholu i kwasów w przeciwieństwie do pozbawionych skuteczności działania wyciągów otrzymanych zapomocą eteru, chloroformu, alkoholu amylowego i alkaliów, wykazało, że substancya w nadnerczu zawarta jest ciałem działającem na ośrodki naczynioruchowe, oddechowe i błędne i to działającem ustawicznie, aby, wedle hipotezy prelegenta, utrzymać w stałem napięciu ich pobudliwość. Substancya ta, okazująca wybitne własności osmotyczne, wydziela się z nadnercza drogą krwionośną, jak to wykazały dalsze doświadczenia przeprowadzone nad wstrzykiwaniami krwi z nadnercza w porównaniu do krwi zwykłej; krążąc zaś stale w krwi obiegu, może być w normalnym organizmie po części eliminowana drogą moczu, jak to znów wykazały wstrzykiwania moczu zwierząt, którym poprzód podano znaczne dawki tejże substancyi, lub też prawdopodobnie zniszczoną drogą utlenienia w samychże tkankach.

Ostatni szereg doświadczeń wreszcie przeprowadzonych nad asfiksyą u zwierząt pozbawionych nadnercza i nad wstrzykiwaniem krwi ze zwierząt duszonych wykazuje, że przeciwnie w organizmie nienormalnym, pozbawionym tlenu, substancya wydzielająca się z nadnercza nagromadza się w takiej ilości we krwi, iż staje się powodem tak zwanej toksyczności krwi asfiktycznej i wywołuje obraz, podobny do objawów obserwowanych przy wstrzyknięciu wyciągów z nadnercza zwierzętom normalnym.

Prelegent kończy nadzieją, że hipoteza jego przyczyni się do rozjaśnienia całej nowej kategoryi faktów tyczących się wzajemnego wpływu na siebie rozmaitych narządów i ścisłej zależności od siebie wszelkich funkcyi ustroju.

W dyskusyi przemawia kol. Gluziński: W ogłoszeniu swojem w *Przeglądzie lekarskim* o fizyologicznem działaniu wyciągów z nadnercza, podałem wyniki swoich doświadczeń, które pracując w innym kierunku jak kol. Cybulski, miałem sposobność spostrzegać. Kol. Cybulski działał małymi dawkami, ja większemi a jednak dużo faktów spostrzegałem takich samych i doszedłem do podobnych wniosków jak, że substancye nadnercza przechodzące do wy-

ciągów działają na ośrodek naczynio-ruchowy pobudzająco, że w ogóle działają na rdzeń przedłużony i pacierzowy, obniżają odruchy, że sprowadzają duszność i t. d. Pewne jednak zachodzą sprzeczności Kol. Cybulski nie zauważył obniżenia temperatury, ja stale i zawsze i to nie o 1° C., co możnaby brać na karb manipulacyi, lecz 3—4° C a główna różnica polega na twierdzeniu kol. Cybulskiego, że wprawdzie niektóre zwierzęta (króliki) niekiedy giną, ale mimo to wyciągi nie działają trująco, tylko zwierzę ginie w skutek krwotoków, których przyczyna ma tkwić w wysokiem parciu. Na twierdzenie to z rozmaitych powodów zgodzić się nie mogę. Po pierwsze, jest nieporozumienie co do pojęcia toksyczności, czy pewna substancya w ten lub inny sposób przyczynia się do śmierci a jeżeli to czyni, jest trującą, choćby to nawet było w skutek występowania krwotoków. Drugie, nie n i e k i e d y, ale królki stale i zawsze ginęły w kilka minut po zaaplikowaniu wyciągu nadnercza wśród objawów duszności a sekcya wykazywała wynaczynienia w płucach i silny ich obrzęk, nigdy i nigdzie więcej krwotoków. Nie z krwotoków ginął królik, lecz z powodu zmian krążenia i oddechania, które do obrzęku płuc doprowadzały. Nie samo wysokie parcie tu działało dla wywołania tych wynaczynień, bo wynaczynień tych nigdzie indziej prócz płuc nie ma nawet na opłucnej żebrowej. Psy giną również, jednak opierają się dłużej, bo kilka godzin, wynaczynienia u nich drobne, małe w płucach a obrzęk płuc ledwie zaznaczony, jak w ogóle u psów zdaje się w skutek odmiennej budowy naczyń płucnych trudno przychodzi do obrzęku płuc.

Sprzeczności te są jednak drugorzędnego znaczenia i nie zmniejszają doniosłości wyników doświadczeń kol. Cybulskiego, które z jednej strony wykazały jakkolwiek nie chemicznie ale fizyologicznie, że substancya przechodząca do wyciągów jest produktem nadnercza, jeżeli znajduje się w żyle nadnercza a nie ma jej w tętnicy, jak z drugiej, że zadaniem tej substancyi a więc i funkcyą nadnerczy jest utrzymywanie w pewnem napięciu pewnych ośrodków, przynajmniej naczynioruchowego i oddechowego. Oceniając całą doniosłość doświadczeń i wysnutych z nich wniosków, muszę jednak zwrócić uwagę, że otrzymane wyniki u psów z wyciętemi nadnerczami, które w kilka godzin po operacyi przy zaciśnieniu tchawicy nie dawały charakterystycznych cech duszenia ani pod względem ruchów oddechowych ani pod względem zaburzeń krążenia, można i w inny sposób wytłómaczyć a nie brakiem tej substancyi we krwi. Objawów duszności nie będzie, gdy nawet przy obecności bodźca ośrodki nie będą pobudliwe.

Sporo takich przykładów w patologii, dość wspomnieć o chorym leżącym w silnem odurzeniu tyfusowem, który mimo wszelkich danych dla wystąpienia duszności, jej nie objawia, nie zdradza niczem „głodu powietrza“, bo toksyny durowe obniżyły tak dalece pobudliwość potrzebnych do tego ośrodków. Zwolennicy zatem teoryi Abelousa i Langlois o zapobiegawczem działaniu autoinfekcyi organizmu własnymi produktami życia słusznie mogliby podnieść zarzut, że u psa z wyciętemi nadnerczami nie ma objawów duszności nie dlatego, że brakło bodźca dla odpowiednich ośrodków, ale, że ośrodki te stały się niepobudliwe pod wpływem niezobojętnionych w skutek braku nadnerczy leukomainów. Z drugiej strony trzeba zwrócić i na to uwagę, że brak objawów duszności występował po upływie 34 godzin od operacyi a więc pod koniec życia zwierzęcia, gdy przez dłuższy już czas parcie było niskie, gdy więc przez dłuższy czas ośrodki te nie były należycie odżywiane, co również mogło a nawet musiało wpłynąć na obniżenie ich pobudliwości a więc i na wyrazistość objawów duszności. W każdym razie stoimy wobec odkrycia otwierającego nowe pole do badań, odkrycia niepomiernej doniosłości, które jednak dotąd jest nową zupełnie wielce bystrą ale w każdym razie hipotezą odnoszącą się do zadania nadnerczy i pragnąć tylko nam należy, by hipoteza ta dalszemi badaniami na pewności coraz bardziej zyskiwała. (Sprawozdanie własne)

W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu pozostaje prelegentowi tylko jeszcze raz zwrócić uwagę, że zmian temperatury u królików po wstrzyknięciu 4—8 cm. aseptycznych roztworów pod skórę nie obserwował. Wahania, które widział, nie przekraczały zwykłych wahań temperatury u tego zwierzęcia. Że substancya wydobyta z nadnercza nie jest żadną silną trucizną, przemawiają zatem następujące okoliczności: ani psów ani kotów nie udało się prelegentowi wcale zatruć ani wodnymi ani glicerynowymi roztworami, nawet w dawkach większych od używanych przez prof. Gluzińskiego, u królików zaś, które ginęły przy pewnych dawkach, znajdowały się zawsze wynaczynienia nietylko w płucach (czasem w połączeniu z obrzękiem), ale i w sercu, na osierdziu, w oskrzelach i w mózgu, co zdaniem prelegenta zupełnie wystarcza do wytłómaczenia śmierci.

Nie może się prelegent zgodzić, że wszystko co zabija zwierzę, musi być koniecznie trucizną, bo w ten sposób doszlibyśmy do tego, że prosty upust krwi musielibyśmy uważać za truciznę. Że jest trucizną, tego nie zaprzecza, lecz posiada tak długi okres podniecenia i tak nie rychło występują porażenia tych grup nerwowych, na które odrazu działa, że nawet znacznymi dawkami psa i kota zatruć się nie dało, jakkolwiek występowało niewątpliwie już porażenie ośrodków oddechowych, błędnych a nawet i naczyniowych. Jeżeli więc ta substancya zabija nawet psa, jak podaje prof. Gluziński, to tylko w skutek zmian drugorzędnych, nie zaś samej substancyi, zmian, które powstały w związku z wysokiem podnieceniem ośrodków naczyniowych. Co się zaś tyczy zarzutu, że brak asfiksyi u zwierzęcia pozbawionego nadnercza, mógł być wywołany obniżeniem pobudliwości w skutek niskiego ciśnienia, to samo doświadczenie zarzut ten usuwa, ponieważ, jak to widać z krzywych, ciśnienie nie było tak niskie w tym okresie, aby mogło wywołać niepobudliwość ośrodków a nawet bardzo mało różniło się od normy; pomimo to nie wystąpiły objawy duszności.

Że objawy występujące po wstrzyknięciu nadnerczyny są skutkiem działania a n t y t o k s y n, można naturalnie przypuszczać, lecz póki zwolennicy tej teoryi samych t o k s y n nie wykazali, nie ma potrzeby budować sztucznych teoryj, kiedy rzecz całą daleko prościej można wyjaśnić hipotezą podniecającego działania danej substancyi na pewne grupy ośrodków. Za tem przemawia zachowanie się zwierząt normalnych, u których chyba toksyn nie ma a przynajmniej dotychczas ich niczem nie udowodniono.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 16. Maja 1895 r.

— Na posiedzeniu krajowej Rady zdrowia w dniu 6. Maja 1895. uchwalono: 1) postarać się o ogłoszenie referatu o środkach w celu stłumienia cholery; 2) udać się z przedstawieniem do władz rządowych w sprawie nieodpowiedniego wymiaru pensyj dla wdów po lekarzach, zmarłych w skutek chorób zakaźnych podczas pełnienia urzędowych obowiązków; 3) wnioski w sprawie obsadzenia dwóch posad lekarzy powiatowych i jednej asystenta sanitarnego; 4) opinie w sprawie młyna w Kniaźdworzu, kotlarni w Tarnopolu, fabryk wody sodowej w Tłumaczu, piekarni w Kołomyi i młyna w Bolszowcach; 5) zajmowano się sprawą kontraktu służbowego kierownika lekarskiego zakładu hidropatycznego w Krynicy.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 13. Maja b. r.: 1) Dr. Sieradzki przedstawił preparat anatomiczny wątroby z chorej leczonej w szpitalu św. Łazarza na kamicę żółciową wysokiego stopnia; 2) Tenże okazał worek mosznowy z włókniako-mięsakiem wielokrotnym i przedstawił preparaty mikroskopowe z niego; 3) Dr. Haim okazał kilkanaście hodowli różnych drobnoustrojów utrwalonych formalinem; 4) Dr. Kosiński zdał sprawę z pracy prof. Rydygiera: *Behandlung der Gelenkstuberculose.*

— Prezydent miasta Charkowa zwołał na drugi dzień po pogrzebie ś. p. Dra Władysława Frankowskiego członków rady miejskiej na posiedzenie celem uczczenia pamięci zmarłego przyczem postanowiono: 1) koszta pogrzebu pokryć z kasy miejskiej; 2) postawić pomnik na grobie; 3) wspólnie z Towarzystwem lekarskiem postarać się o utworzenie stypendyów imienia Dra Władysława Frankowskiego; 4) pozostałej wdowie wyznaczyć dożywotnie rocznie po 900 rubli, gdyż nieboszczyk, lubo miał bardzo rozległą i popłatna praktykę, zasilając hojnie biednych nie zostawił żadnego majątku.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkłady białka i węglowodanów przy dostępie tlenu i bez niego, wywołane przez jedną ze znanych a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakteryj chorobotwórczych.

2) Sprawdzenie poglądów H o r b a c z e w s k i e g o na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny.

3) Zmiany anatomiczne w chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z ich odcinków).

4) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryologicznego.

5) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem.

6) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego a skończywszy na uwiądzie starczym.

7) Zbadać zmiany anatomiczne wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococcus aureus*.

8) Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczasowo sporną, czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się (Landois, Morey), lub też czy takowe zmniejsza się (Basch, Frey, Lenzmann) w okresie silnego wydychania a mianowicie w doświadczeniach Valsalvy.

9) Znaczenie prof. Szokalskiego dla nauki o zmyśle mięśniowym.

10) Zasługi prof. Szokalskiego dla nauki o uczuciu barw.

11) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek; stosunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, resp. surowicy krwi w tej chorobie.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do 31. Marca 1896 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 11-tu tematów, wyznacza się nagroda rsr. 300. Takich nagród na rok 1895/6. jest dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stósownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

Dr. Brodowski.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dnia 6. b. m. w Stanisławowie po długiej chorobie **Dr. Wacław Machnowski,** w 48. roku życia, powszechnie lubiany i ceniony dla prawości charakteru. Zamiast wieńca na trumnę złożyli koledzy kwotę 28 złr. 50 ct. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. — W Petersburgu Dr. **Żmigrodzki,** ceniony dla swych prac naukowych a szanowany i czczony przez biedaków, którym chętnie przychodził z pomocą.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Medycynie* Nrze 19-tym. J. Kosiński: Torbiel żołądka wielokomorowa (*cystoma multiloculare ventriculi*). Władysław Papiewski: Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci (dokończenie).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się sprawozdanie Zakładu hidropatycznego w Krynicy.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 25. Maja 1895 r. Nr. 21.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof. Dr. Jakubowski.

(Dokończenie. Patrz. Nr. 20).

O stronach korzystnych, czyli właściwej skuteczności seroterapii, można się przekonać jużto na podstawie porównywania dawniejszych przebiegów błonicy przy używaniu innych środków z obecnymi, jużto zestawiając odsetki śmiertelności przy dawniejszych i obecnych sposobach leczenia.

Porównanie przebiegów dawniejszych z obecnymi jest bardzo trudne, wiedząc, że błonica podobnie jak wszystkie choroby zakaźne występuje okresowo w różnych stopniach nasilenia, raz zabierając liczne ofiary, innym znów razem odznaczając się charakterem łagodnym a nawet podczas tejsamej epidemii wydarzają się cięższe i lżejsze przypadki błonicy. Wśród takich okoliczności podejmując porównania przebiegów należałoby zestawiać obok siebie przypadki równorzędne tak co do nasilenia samej choroby, jak i powikłań. Każdy z lekarzy zajmujących się obecnie badaniem surowicy leczniczej, czyni to według pewnej z góry przez siebie oznaczonej metody.

Widerhofer w sprawozdaniu swem ze 100 przypadków błonicy podaje skalę opartą na podziale klinicznym różnych stopni błonicy a mianowicie rozróżnia: 1) błonicę lekką z rokowaniem korzystnem, 2) cięższą z rokowaniem wątpliwem, 3) bardzo ciężką z rokowaniem złem i 4) bezwarunkowo niekorzystną. Według zestawionej skali, opierając się na doświadczeniu, utrzymuje, że we wszystkich czterech stopniach błonicy znalazł przy seroterapii wyniki o wiele korzystniejsze, niż dawniej. I tak n. p. w czwartej kategoryi, łączącej się z rokowaniem bezwarunkowo niekorzystnem, Widerhoter stósował surowicę u 16 dzieci, z których zmarło 10. Według przekonania jego dawniej straciłby wszystkie, przy obecnej zaś metodzie sześcioro z nich zostało przy życiu.

Monti znów do oceniania skuteczności seroterapii inną doradza skalę, opierając się na podstawie anatomii patologicznej. A mianowicie: 1) postać lżejszą polegającą na ograniczonych złogach włóknikowych na błonach śluzowych *(diphtheria fibrinosa)*, 2) cięższą z naciekami miąższowymi *(diphtheria phlegmonosa)*, 3) i najcięższą zgorzelinową *(diphtheria gangraenosa)*. W pierwszej przy badaniu bakteryologicznem znaleść można obfite kolonie prątków Lofflera, w drugiej i trzeciej postaci mogą się także znajdować prątki Löfflerowskie, lecz przeważają streptokoki i stafilokoki. Monti twierdzi, że przy stósowaniu każdego środka a więc i surowicy, chcąc uniknąć zawodu w ocenianiu skuteczności, te trzy przez niego podane stopnie muszą być ściśle uwzględniane.

W doświadczeniach swoich nie posługiwałem się żadnym z powyżej podanych podziałów, lecz zwróciłem jedynie uwagę na skuteczność surowicy w dwóch względach: 1) na działanie jej wobec błonicy samoistnej ograniczającej się do błon śluzowych połyku, 2) na błonicę wikłającą się z dławcem.

Na 75 przypadków leczonych stósunek liczebny chorych w tym względzie był następujący:

błonicy samoistnej niepowikłanej	29 = 39%
krupów błoniczych	46 = 61%

W błonicy samoistnej po użyciu surowicy otrzymywałem takież same wyniki, jakie dotąd podają inni badacze,

t. j. w przypadkach lżejszych surowica zawczasu użyta przerywa niemal bieg choroby a skuteczności jej zaprzeczyć nie można. W cięższych przypadkach wstrzykiwania kilkakrotnie powtarzane nie pozostają bez korzystnego wpływu na przebieg choroby. Naloty błonicze pod jej wpływem nie tak szybko się rozwijają, wytworzone już oddzielają się łatwiej, w ogóle przeobrażenia miejscowe trwają o wiele krócej, niż to bywało dawniej a w ślad za tem i liczba zgonów bywa stosunkowo mniejszą.

W dławcu błonicznym, przy rozwiniętych objawach zwężenia krtani, sama seroterapia nie wystarcza, wykonywać należy obok niej, jak dawniej dla ułatwienia sprawy oddechania, intubacyę lub ewentualnie tracheotomię. Zastrzykiwania surowicy w dławcu robiłem w miarę potrzeby, już to przed intubacyą, już wkrótce po niej (ogółem 46 razy na 75 przypadków) i przekonałem się, że dawki pojedyncze 10-cio gramowe nie są dostateczne, lecz odrazu używać należy dawki podwójnej, powtarzając ją co 24 godzin dwa lub trzy razy. Skutek po energicznem stosowaniu surowicy w dławcu jest ten, że gdy dawniej często rozwijało się dławcowe zapalenie oskrzeli (*bronchitis crouposa*), objawiające się utrudnieniem oddechu, sinicą a wśród przysłuchiwania suchemi skąpemi rzężeniami, obecnie wskutek swoistego działania surowicy powstaje częściej śluzoworopne zajęcie oskrzeli. Chorzy w tej postaci dalszego przebiegu dławca oddychają lżej, wykasztuszają obficie plwocinę śluzoworopną a przysłuchem wykazać można liczne wilgotne rzężenia. Chociaż przy stosowaniu surowicy w rozwiniętym dławcu wielu jeszcze chorych przy życiu utrzymać nie zdołamy, to jednak w przypadkach przez siebie leczonych przekonałem się, że po dokonaniu intubacyi nie tak często widzimy się zmuszonymi do następowej tracheotomii i w ogóle procent śmiertelności obniżył się znacznie.

Powyższe wywody potwierdzają załączone tablice porównawcze:

I. Od roku 1878 do 1894 leczono w szpitalu św. Ludwika:

Dzieci z błonicą . . .	531,	z tych zmarło	248 = 46·8%
„ z dławcem błonicz.	1036,	„ „	545 = 52·8%
Ogółem .	1567.	„ „	793 = 50%

II. Obecnie (od 1. Listopada 1894 do 31. Marca 1895), lecząc surowicą, wyniki przedstawiają się jak następuje:

Dzieci z błonicą . . .	29,	zmarło 8 = 27·6%
„ z dławcem błonicz.	46,	„ 16 = 34%
Ogółem .	75.	„ 24 = 32%

Zestawione tablice różnią się wprawdzie znacznie tak co do okresu czasu, jak i liczby leczonych przypadków; pierwsza obejmuje okres lat 16 z liczbą 1.565 przypadków, druga tylko okres pięciomiesięczny ze skromną liczbą 75 chorych; lecz korzystając z materyałów, jakimi rozporządzałem, okazuje się, że w naszym szpitalu, przy stosowaniu surowicy, tak w błonicy, jak i w dławcu śmiertelność obniżyła się blisko o 19%.

Jeżeli przy uwzględnieniu miejscowych stosunków, otrzymane wyniki przedstawiają się dość pomyślnie, to w porównaniu z wynikami, jakie w tym względzie podają inni pedyatrzy, wypadły mniej korzystnie. Przyczyna większej śmiertelności w naszym szpitalu ztąd pochodzi, że z dziećmi zgłaszano się do leczenia w późniejszych dniach choroby i to najczęściej dopiero z błonicą, wikłającą się z dławcem. W żadnym też szpitalu dla dzieci nie gromadzi się tak znaczny zastęp dławca błoniczego, w stosunku do błonicy, jak w naszym. Na dowód zestawiam cyfry wyjęte z ostatniego sprawozdania Widerhofera (Wid.) obok moich (Jak.)

	Wid.	Jak.
Leczono surowicą	100.	75.
Z tej liczby było:		
a) błonicy	62.	29.
Z tych zmarło	12 = 10·3%	8 = 27·6%
b) dławców błoniczych	38.	46.
Z tych zmarło	12 = 32%	16 = 34.5%

Z powyższego zestawienia okazuje się: *a)* że przy leczeniu błonicy surowicą, nie wikłającej się z dławcem, śmiertelność u nas była większą o 8·3%, niż w szpitalu dzieci św. Anny w Wiedniu u dzieci leczonych przez prof. Widerhofera. Różnica ta, zdaniem moim, pochodzi z powodu zgłaszania się u nas z dziećmi w późniejszych dniach choroby. *b)* W dławcu błoniczym, gdzie z powodu znaczniejszych objawów zwężenia krtani, obok zastrzykiwań surowicy, wykonywano intubacyę, ewentualnie następową tracheotomię, w obu zakładach śmiertelność była prawie równą.

Kończąc na tem sprawozdanie z rozpoczętej dopiero pracy nad zbadaniem skuteczności seroterapii w błonicy, na podstawie własnych spostrzeżeń wysnuwam następujące wnioski:

1. Chociaż seroterapia w przypadkach naszych nie wykazała tak pomyślnych wyników, jak to podaje wielu lekarzy, zajmujących się tą metodą leczenia, to uwzględniając wpływ jej przeważnie korzystny na przebieg choroby i stałe obniżanie się śmiertelności w stosunku do nasilenia i trwania choroby, przyznać musimy, że jest ona jednym z najskuteczniejszych z pomiędzy obecnie znanych i do zwalczania błonicy używanych środków.

2. W rozwiniętym dławcu błoniczym seroterapia sama nie jest skuteczną, ale w połączeniu z intubacyą, jako leczenie uzupełniające, nietylko przyczyni się do obniżenia dotychczasowej śmiertelności, ale musi wywrzeć wpływ na przebieg w ten sposób, że wykonywanie następowej tracheotomii coraz rzadziej będzie wskazane.

3. Od powszechnego stosowania seroterapii wielu lekarzy praktycznych powstrzymują jeszcze powikłania, jawiące się skutkiem swoistego wpływu antytoksyny (jako to: osutki, bolesne zajęcie stawów, występujące niekiedy objawy zapadu i t. d.). Jeżeli jednak dalsze badania w klinikach i ogłaszane sprawozdania potwierdzą obfitszym materyałem statystycznym skuteczność seroterapii, to niekorzystne jej strony na drugi plan usunięte być muszą i nie będą nadal krępować lekarza.

4. Również dla ułatwienia zadania lekarzowi praktycznemu pożądanem jest porozumienie między zakładami zajmującymi się wyrabianiem surowicy leczniczej, aby przetwór ten był ile możności jednolitym, szczególniej pod względem dodawania środków konserwacyjnych, które obecnie są różne; jedni bowiem w tym celu dodają kwasu karbolowego, inni kamfory, trójkrezolu, chloroformu i t. d.

Od czasu przedłożenia niniejszego sprawozdania na dniu 31. Marca do 20. Maja liczba dzieci leczonych w szpitalu św. Ludwika z 75 zwiększyła się do **100**. Przy tej okrągłej cyfrze główniejsze daty statystyczne przedstawiają się jak następuje:

1) Użyto do leczenia: surowicy Behringa 38, Bujwida 20, Rouxa 39, Aronsohna 3 razy.

2) Opuściło szpital wyleczonych 70, zmarło 30.

3) Było dzieci z błonicą samoistną 42, zmarło 10 = 23·8%.

4) Było dzieci z dławcem błoniczym 58, zmarło 20 = 34·4%.

5) U wszystkich 58 dzieci z dławcem błoniczym dokonano intubacyi a z pomiędzy nich jeszcze u 4 następowej tracheotomii.

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

Dalsze dwa przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnym przebiegiem.

Opisał

Prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Więcej zajmującym był przypadek drugi.

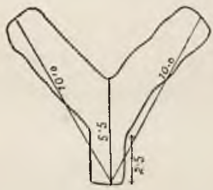
Dnia 16. Grudnia 1894. o $8^1/_2$ rano przywieziono do kliniki L. R., lat 35, żonę handlarza z Leszyc pod Stanisławowem. Chora podaje, że pierwsza regularność wystąpiła w 18. roku i była co miesiąc bez żadnych nieprawidłowości. Przed 9 laty ciąża pierwsza, poród przedwczesny w 8. miesiącu, dziecko umarło po 2 tygodniach. Następnie dwa poronienia zawsze w 4. miesiącu ciąży, potem ciąża prawidłowa; dziecko obecnie 7-letnie żyje. Przed 3 laty znów poronienie w 2-gim miesiącu ciąży. Obecnie 6-ta ciąża wedle obliczenia badanej 8 miesięczna. Od 8 lat cierpiała na kaszel i ból w klatce piersiowej i kościach, od roku zaś tak mocne bóle w kościach, szczególnie miednicy, że podczas całej ciąży chodzenie było prawie niemożebne. Do utrudnienia ruchów przyczynia się niemało i ta okoliczność, że z powodu skurczenia mięśni oba uda tak są do siebie zbliżone, że odchylenie ich od siebie, pomimo użycia siły, niemożebne i sprawia boleści. Z tego powodu całe badanie wewnętrzne odbyć się musiało od tyłu, bo wprowadzenie ręki miedzy uda utrudnione. Nogi trzyma zawsze zgięte w kolanach.

Pomimo długości ciała 140 cm. robi badana wrażenie karlicy, trzyma się słabo na nogach, które kolanami się stykają a podudzia w kształcie litery X się rozchodzą. Miednicę typowego kształtu osteomalatycznego ze sterczącymi, odchylonymi na zewnątrz grzebieniami biodrowymi pokrywają wychudłe pośladki, które dozwalają każdą kość dokładnie wybadać. Kość krzyżowa mocno sterczaca kształtu półksiężycowego, przyczepiona pod kątem rozwartym do głęboko ku przodowi wygiętych kręgów lędźwiowych z bardzo znacznem nachyleniem miednicy. Klatka piersiowa z tyłu kabłąkowata, z przodu płaska, okazuje wszystkie żebra plastycznie zaznaczone, pokryta cienką skórą. Szyja chuda nieco wydłużona, głowa duża, ku przodowi pochylona. Odżywienie jak najgorsze; wychudnienie takie, że nawet na powłokach brzusznych nie ma śladu podściółki tłuszczowej. W całem tego słowa znaczeniu pokrzywiony kościec, pokryty kredowato białą skórą, o nieprzyjemnem pergaminowem dotknięciu i niższej od normalnej ciepłocie (po 25 godzinach czynności porodowej ciepłota 36 8, tętno 94 nikłe, nitkowate). Ułożona do łóżka dawała w całości wrażenie trupa, w którego głowie świeciły się ciemne oczy; na stole operacyjnym zaś, gdy i te się zamknęły a nogi wyprostowały, miałem całkowite wrażenie, że robię cięcie cesarskie na nieżywej.

Brzuch mocno obwisły; macica dnem w środku między spojeniem łonowem i pępkiem pod kątem ostrym ku przodowi zagięta. Dolna część, wycieńczona i rozszerzona do ostatecznych możliwych granic, mieści nad spojeniem łonowem główkę przypartą, ruchoma i grzbiet dziecka, dając wobec cienkich powłok brzusznych wrażenie, jakby znajdowało się już w jamie brzusznej a nie w macicy. Powyżej zagięcia sterczaca ku przodowi kula wielkości głowy, twarda tężcowo skurczona, wewnątrz której nic wybadać nie podobna, wyglądała tak, jak gdyby z dolnym odcinkiem żadnego nie miała związku i była samoistnym guzem w jamie brzusznej. Jedynie to tężcowe skurczenie z wyraźnym pierścieniem Bandla dowodziło, że jeszcze nie nastąpiło przedarcie macicy. Tętna płodu ani śladu ruchów chora od kilkunastu godzin nie czuje. Bliższe szczegóły co do przebiegu tego porodu podane przez męża wyjaśniły nieco sprawę. Otóż badana dostała pierwszych bólów porodowych 14. Grudnia rano; 15. około 2-giej godz. po południu odeszły wody a ponieważ dziecko się nie rodziło, więc po naradzie familijnej z akuszerką, widocznie zawodowo niezbyt wykształconą, posłano po lekarza do Stanisławowa. Ten dopiero polecił natychmiast odwieść chorą do kliniki we Lwowie, gdzie też przybyła 16. około $8^1/_2$ godz. rano.

Badanie wewnętrzne wykazało miednicę typowo osteomalatyczną z bezwzględnem ścieśnieniem. Wprowadzenie dwu palców niemożebne; jeden atoli wystarczył, aby dojść do każdego punktu linii granicznej. Najtrudniejszem było dostanie się do główki, pomimo zupełnie rozwartego ujścia macicznego wraz z pochwą do góry wyciągniętego. Główka przyparta odcinkiem do wchodu, pokryta dużem zfałdowanem przedgłowiem dała się łatwo posunąć do góry. Wśród badania odpływa trochę brudnej, cuchnącej wody płodowej.

Wymiary miednicy: *d. interspinal.* 20 cm, *inter-cristalis* 30 cm., *conj. extr.* 16 5, *vera* 5·6 cm., długość dziuba 2 5. Odległość spojenia łonowego od najdalszego punktu linii granicznej po prawej i po lewej po 10 cm.



Połowa naturalnej wielkości.

Ciekawszym od samej miednicy był kształt chorej, zdjęty z natury z tyłu, w pozycyi stojącej, który tu załączam.

(Figura na stronie następnej).

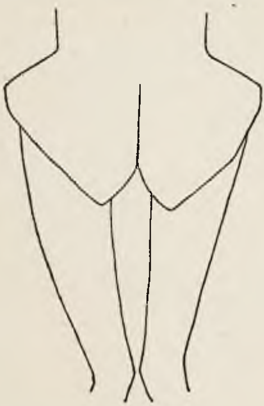
Rozpoznanie: Poród zaniedbany, położenie czaszkowe II. nieustalone, niebawem grożące przedarcie macicy, obok miednicy osteomalatycnej w najwyższym stopniu ścieśnionej; bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Przyznaję się, że miałem wielką ochotę spróbować kraniotomii, gdyż wierny obraz, który przedstawiłem, nie mógł mnie zachęcać do psucia sobie pomyślnej statystyki cięć cesarskich, w dodatku wobec dziecka na pewno dawno nieżywego, atoli o wprowadzeniu jakichkolwiek narzędzi mowy być nie mogło. Stanąłem więc przed koniecznością wykonania cięcia cesarskiego, metodą już w tym przypadku bezwzględnie Porry i to w okolicznościach dla operacyi, jak tylko można najniekorzystniejszych.

Po mnie zbadał chorą mój wierny towarzysz cięć cesarskich, Dr. Jan Rosner z Francensbadu a jego poważna mina i ponure milczenie tak mnie jasno przekonały, że jednako na ten przypadek się zapatrujemy, iż wydałem zaraz polecenie przygotowania i bez dalszej zwłoki przystąpi-

łem do operacyi, której tym razem doprawdy brakło tego humoru dobrego, jaki nam towarzyszy zawsze przy operowaniu z asystencyą wyborną i znającą się nawzajem doskonale.

Otwarcie jamy brzusznej nie przedstawiało nic ciekawego. Macica wytoczona bardzo łatwo zatrzymuje zupełnie swój kształt przodozgięcia bardzo wyraźnego. Szyja nadmiernie rozszerzona, cieniutka, mieści prawie cały płód, którego części doskonale markowane. Dren założono na szyi macicznej poniżej główki i dokładnie go zapętlono. Cięcie od dna macicy nożyczkami rozszerzono ku dołowi przez miąższ szyi i wydobycie płodu i popłodu. Krwawienie nieznaczne. Żadnych śladów skurczów macicy, szyja wyglądała jak duży, próżny kapciuch. Podwiązanie tętnicy macicznej i perymetryów, bardzo dokładnie i starannie z użyciem igły Dechampsa z obawy przed najmniejszym nawet krwotokiem. Dla skrócenia operacyi nie zakładałem ligatur w dwóch rzędach, lecz część do macicy należną chwyciłem szczypczykami i pomost między ligaturą a szczypczykami przepalałem termokauterem Pacquelina. W podobny sposób usunąłem jajnik. Po drugiej stronie pozostawiłem jajnik, gdyż stan chorej wymagał pośpiechu. Podwiązywanie częściami, nie *en masse*, trwać musiało dłużej i nawet w tym przypadku o kilka minut przedłużyło zwykły czas trwania operacyi. Ma ono atoli tę zaletę, że odcięcie samej macicy jest wygodniejsze; pozostają dwa równe płaty otrzewny, bardzo łatwe do spojenia z kikutem szyi macicy w celu zamknięcia jamy otrzewny. Nastąpiło odcięcie macicy w szyi, zaciągnięcie jeszcze dokładniejsze drenu, opatrzenie przypiekadłem kikuta, tym razem bardzo grubego, obszycie go otrzewną i zespojenie całej rany otrzewny jednym szwem ciągłym, jedwabnym. Zaszycie powłok brzusznych 10 szwami węzełkowymi, umocowanie kikuta dwoma dużemi igłami na zewnątrz, posypanie jodoformem i opatrunek zwykły. Operacya wraz z chloroformowaniem i opatrunkiem trwała 55 minut.



Płód nieżywy, ciężaru 1500 gramów, długość 36 cm., główka: wymiar prosty 9·5, poprzeczny 6·5 i 6, ukośny 10·5, obwód 30 cm., od prawej ku lewej spłaszczona kość potylicowa pod bocznemi, boczna lewa nad prawą. Na bocznej lewej przedgłowie. Łożysko: długość 15, szerokość 12 cm., 300 grm., długość pępowiny 41 cm.

Po wyjściu z narkozy 4 razy wymioty, podano koniak z herbatą. Wieczór ciepłota 36·5, tętno 128, pragnienie, mocz odprowadzono.

17. Grudnia ciepłota 36·4 i 37·0, tętno 108 i 120, stan dobry.

18. Grudnia boleści w brzuchu, *tra opii;* sama mocz oddała, ciepłota 36·5, tętno 98.

19. Grudnia ciepłota 36·7 i 37·0, tętno 120, pragnienie.

20. Grudnia ciepłota 36·4 i 37·0, tętno 126 i 120, rosół z żółtkiem, wino, koniak, stan dobry.

21. Grudnia ciepłota 36·4 i 38, tętno 120 i 128. Zmiana opatrunku, gojenie się *per primam*, lawatywa, 3 stolce.

22. Grudnia ciepłota 37·8 i 37·4, tętno 132 i 120.

23. Grudnia ciepłota 37 i 38·6, tętno 130, stolec dobrowolny, opatrunek tak zesunięty, że go odnowiono. Kikut posypano dermatolem.

24. Grudnia ciepłota 37·4 i 39·2, tętno 132, ból przy oddawaniu moczu, rozbiór tegoż okazuje *cystitis. Anasarca* lewej nogi.

25. Grudnia ciepłota 37·8 i 38·5, tętno 112, salol, ból w okolicy żołądka.

25. Grudnia ciepłota 38 i 38·8, tętno 126. Zmiana opatrunku, z którym odpadł kikut. Sześć szwów usunięto, z powodu *bronchitis* podano senegę.

28. Grudnia. Odtąd temperatura prawidłowa. 30. wydobyto resztę szwów, wszystko zgojone. Ranę po odpadłym kikucie pomazywano *kali caustico*. Chora zaczyna się odżywiać. 8. Stycznia 1895. na kości krzyżowej odleżyna wielkości centa bez znaczenia. 13. Stycznia rano dreszcz; ciepłota 39·5. influenca, która wkrótce minęła. Chora wstaje potrochę, apetyt dobry, bóle w krzyżach prawie ustały. Z powodu zimna, koniecznej potrzeby odżywienia i manipulacyi biurowej w celu wydalenia chorej, pozostawała w szpitalu aż do dnia 16. Lutego, w którym ją wypuszczono.

Przebieg więc był zupełnie prawidłowy, bez reakcyi; zagojenie rany przez pierwozrost. Jako przypadkowe powikłanie mały nieżyt pęcherza i influenca w stadyum rekonwalescencyi.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

Choroby zakaźne znano już w zamierzchłej starożytności a za przyczynę ich uważano gniew bogów, który starano się przebłagać za pomocą rozmaitych praktyk religijnych. Kapłani jako pośrednicy między Bogiem a ludźmi byli zarazem lekarzami; w ich mocy było bóstwo przejednać, albo nakłonić do wywarcia swej zemsty na grzesznej ludzkości (Homer I. Księga). Oni jedynie zajmowali się nauką, używali największego miru między ludem i tworzyli kastę uprzywilejowaną. Tak było w pierwszych okresach u Greków, dalej u Egipcyan, Indyan i Żydów. W A-jur-Veda, dziele lekarskiem staro-indyjskiem i w piśmie świętem odróżnić można dwie formy chorób zakaźnych: 1) ostre, jak dżuma, czarne krosty i t. d. i 2) chroniczne, jak wiewiór, kiła, trąd, świerzb,

parchy i t. d. Co do tych ostatnich, spotykamy w piśmie świętem, w Księdze *leviticus*, rozmaite przepisy sanitarne, w celu zapobieżenia rozszerzeniu się trądu i innych chorób zakaźnych. Przepisy te w zasadzie mało co różniące się od naszych mają za zadanie: 1) izolowanie chorych przez usunięcie ich z obrębu mieszkań ludzkich, 2) oczyszczenie mieszkań ich, 3) powstrzymanie się od spółkowania w kile i tryprze (według biblii płynienie nasienia). Obrzezanie zaś, które najwcześniej wykonywali Egipcyanie, później Żydzi a w średnich wiekach Arabowie, ma znaczenie profilaktyczno-dyetetyczne. Jak się zaś opiekowano chorymi zakażonymi, o tem nie ma żadnej wzmianki, to tylko pewna, że prócz kapłana-lekarza, nikt się do nich zbliżyć nie śmiał, nie chcąc, by go uważano za zapowietrzonego.

Grecy w tym względzie, podobnie jak i w innych naukach okazują więcej samodzielności, pojmowali oni bowiem przyrodę ze stanowiska filozoficznego. I u nich wprawdzie spotykamy podobne postępowanie sanitarne, jak oddzielenie chorych zakażonych na odludne wyspy, o czem świadczy historya Filokteta z czasów Homera, jednakowoż już około r. 500 przed Chr. uważano za przyczynę chorób zakaźnych nie gniew boży, lecz powietrze. Empedokles z Agrygentu, kapłan Apollina (boga chorób zakaźnych, Homer) lekarz, powstrzymał morowe powietrze, które Sirocco przynosił, przez zamknięcie szczeliny w górach, przez palenie wielkich ogni i kadzenie oddalił zarazę a do rzeki Hipsas, z której wydobywały się cuchnące wyziewy, doprowadził świeżą wodę. Hipokrates opisał choroby zakaźne w pismach περὶ ἐπιδημιῶν α καὶ γ i w περὶ κρίσεων. Był on pierwszy, który występuje przeciwko lekarzom-kapłanom, tłómacząc, że wszelkie zjawiska w przyrodzie, aczkolwiek boskie, lecz dzieją się według pewnych praw przyrody. Wiara zatem jego w gniew boży była luźną. Podobnie zapatrywali się na przyczynę chorób jego uczniowie, lecz bardzo ostrożnie swoje zdania wyjawiali z obawy, by ich podobny los nie spotkał, jak Sokratesa. Z tej też przyczyny dzieła lekarskie greckie, nie zastanawiaja się nad przyczyną chorób, natomiast same choroby są bardzo dokładnie i praktycznie opisane. W pismach tych przebija poczucie piękna narodu greckiego; chorobę uważali oni za zakłócenie tego piękna życia a w leczeniu chodziło im o przywrócenie człowieka do normalnej piękności. Zalecali więc chorym środki takie, które najmniej zwróciły uwagi, zatem żaden lekarz nie pozwoliłby sobie zapisać n. p. dziegieć, albo siarkę, gdyż pogardzanoby nim powszechnie. Najbliższą zaś przyczyną chorób gorączkowych było, według ich pojęcia, gnicie kardynalnych cieczy, jak krwi, śluzu, czarnej i białej żółci. O szpitalach w starożytnej Grecyi i w Rzymie nic nie wiadomo.

Dopiero z chwilą rozszerzania się chrześciaństwa zmieniły się stosunki. Nauka Chrystusa, która wywołała u wszystkich narodów gwałtowne wstrząśnienia fizyczne i umysłowe, przyczyniła się do odrodzenia się ludzkości i do rozwoju jej pod względem miłości bliźniego i wolności. Aczkolwiek okres walk tych, zajmujący całe wieki średnie i część nowszych, dla medycyny nie ma takiego znaczenia a nawet nauki przyrodnicze upadły, bo upstrzone zabobonami, kabałą, guślarstwem i wieszczbiarstwem stały się ciemnemi i niezrozumiałemi, jednakowoż i okres ten nie pozostał bez wpływu.

Uzdrowienie trędowatego przez Chrystusa było wskazówką dla Chrześcian, że chorych zakażonych należy otoczyć troskliwą opieką, że się należy do nich zbliżyć a nie uciekać. Nie ulega wątpliwości, że w tym duchu działał św. Łukasz, lekarz, i apostoł św. Tomasz, którzy, głosząc wiarę Chrystusa w Azyi, pozakładał we wielu miejscach szkoły, gdzie z biegiem czasu wykładano także i *studia humaniosa* (t. j. autorów greckich), do których należała także medycyna. Obok tych szkół były schroniska dla chorych trędowatych, czyli szpitale epidemiczne. Podobnie jak dzisiaj, tak wówczas byli uczniowie tacy, którzy dla chleba kształcili się w medycynie. O nich patryarcha Sabaryesus tak się wyraża: *eos non doctrinae amor, sed ventris esuries vocaverat.* Sławny był szpital w Cezarei w Kapadocyi przez biskupa Bazylego około r. 370 po Chr. założony a drugi św. Pauly w Jerozolimie. Najwięcej zasłużyły się pod tym względem zakony, mianowicie Bracia Łazarzowi, Jeruzalemici, których głównem zadaniem była opieka nad chorymi. Szpitale te zwano *leprosseriae*. Trąd w średnich wiekach wskutek ciągłej styczności ze Wschodem dość często grasował po Europie, zabierał mnóstwo ofiar tak, że *leprosseriae* nie wystarczyły, skutkiem czego zawięzywały się świeckie stowarzyszenia braci i siostr miłosierdzia Lollhardów i Beghardów, którzy w czasie epidemii trądu lub innych chorób zakaźnych zakładali baraki dla chorych; z chwilą ustania epidemii rozwiązywały się te stowarzyszenia. Na choroby zakaźne zapatrywano się podobnie jak u Greków, mianowicie mniemano, że zakażenie następuje pod wpływem działania zatrutego t. zw. morowego powietrza a sławny Helmont z XVII. wieku powiada, że przyczyną dżumy jest *spiritus silvestris veneno tinctus.* Jad ten ma pochodzić albo od osób zadżumionych (*contagium*), albo z błot (*miasma*), albo też wytwarza się pierwotnie w człowieku. Sydenham twierdził, że choroby epidemiczne rozwijają się wskutek wyziewów ziemi, zanieczyszczających powietrze. Dopiero w nowszych czasach w miarę rozwoju bakteryologii, zmieniły się zapatrywania, a gruba mgła otaczająca wiedzę lekarską rozprasza się powoli.

Zachodzi pytanie, czy powietrze może być przyczyną chorób zakaźnych?

Bakterye do powietrza dostają się z powierzchni suchych. Jeżeli n. p. na jakimś przedmiocie zaschnie kolonia bakteryi i to na podłożu śluzowem lub białkowatem, po niejakim czasie zaschła kolonia staje się kruchszą i pod wpływem powiewu wiatru odrywają się drobne cząsteczki z powierzchni i unoszą się w powietrze. Bakterye więc dostają się do powietrza albo z mineralnemi cząsteczkami kurzu, albo kolonie dostają się do powietrza z całem podłożem, n. p. z włókienkami odzieży, albo też bakterye unoszą się same w powietrze z plwocin, stolców i t. d. Obok bakteryj są w powietrzu i pleśnie, które zachowaniem się swojem różnią się wiele od bakteryj:

1) Bakterye unoszą się rzadko odosobnione, zwykle w koloniach; pleśnie, rozwijając się na wilgotnem podłożu i wystercząjąc na zewnątrz, już za lekkiem wiatru powiewem jako nadzwyczaj lekkie odrywają się i odosobnione unoszą się w powietrzu.

2) Pleśnie zasuszone mogą długo unosić się po powietrzu, nie tracąc wcale na swej zdolności do życia; bakterye zaś zasuszone giną po pewnym czasie, jak choleryczne, błonicze, albo też własności ich żywotne słabną znacznie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii (w nierównej refrakcyi ócz).

Podał
Doc. Dr. Franciszek Sreczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Prawo to tłomaczy ze ścisłością doświadczenia fizyologicznego, dlaczego dwuwidzenie w wspomnianem doświadczeniu występowało tylko w kierunku pionowym, w tem także leży klucz do zrozumienia okoliczności, że oczy moje, które nie znosiły korekcyi anizometropii w zwykłych stósunkach, przy czytaniu, gdzie rozchodzi się o najwydatniejsze ruchy ócz w kierunku poziomym, czuły się względnie swobodne. Nie dość na tem, cała grupa faktów pokrewnych a dawniej zagadkowych, staje się nagle jasną i zrozumiała. Zdawna wiedzieli o tem okuliści, jak niejednostajnie oddziaływują pacyenci na szkła walcowate z różnicą co do siły łamiącej na obu oczach nawet wtedy, gdy osie szkieł przebiegają ściśle równolegle. Jedni w pierwszej chwili zaraz zachwyceni są swojemi szkłami, gdy inni przy tej samej różnicy szkieł i ścisłości oznaczenia nie mogą nawyknąć do swych okularów. Odkąd na te stosunki zacząłem baczniejszą zwracać uwagę, przekonałem się, że zgodnie z powyższem prawem ci tylko nie znoszą różnej siły cylindrów o osiach równoległych, u których osie szkieł z natury astygmatyzmu musiały leżeć poziomo, w tych okolicznościach bowiem działanie optyczne a więc i pryzmatyczne szkieł zwraca się wyłącznie przeciw najmniej podolnym mięśniom (dźwigacze górne i dolne); na odwrót zaś znajdziemy, że tam, gdzie osie różnych co do siły cylindrów przebiegają pionowo, gdzie zatem wchodzą w grę mięśnie proste wewnętrzne i zewnętrzne, korekcya anizometropii nie sprawia najmniejszych dolegliwości.

Sądzę, że przytoczony szereg doświadczeń i okoliczności uprawnia mnie najzupełniej do wypowiedzenia twierdzenia, że przyczyną nieznoszenia szkieł o większej różnicy łamliwości nie tkwi w różnej wielkości obrazkach, ale w działaniu pryzmatycznem różnicy szkieł, któremu już fizyologicznie niektóre mięśnie oczne podołać nie są w stanie.

Jeżeli wniosek ten jest słuszny, powinien on wytrzymać próbę *experimenti crucis.* Znieśmy nadmiar działania pryzmatycznego soczewki silniejszej zapomocą odpowiedniego pryzmatu, choćby tylko w tym odcinku szkła, który działa na najmniej podolny mięsień oczny (z reguły dźwigacz górny), jeżeli to jest soczewka wklęsła zapomocą pryzmatu zwróconego kątem łamiącym ku dołowi, aby zneutralizować dolną połowę szkła i ułóżmy teraz szkła tak, by chory patrzał tylko przez te połowy, wówczas powinny ustąpić objawy przykre, jak dwuwidzenie, zawrót głowy i dezoryentacya. Urządziłem doświadczenie w ten sposób i przekonałem się, że tak jest istotnie. Od pierwszej zaraz chwili, ale i na później, nie doznawałem najmniejszych przykrych objawów, powracały one dopiero wtedy, gdym umyślnie patrzał przez górne połowy szkieł, gdzie naturalnie użyty pryzmat zwiększał działanie pryzmatyczne. W mojem doświadczeniu wystarczał do tego już bardzo słaby pryzmat 1^0, co odpowiadało 2 dyoptryom różnicy.

Tak więc idąc najrozmaitszemi drogami dochodzimy ciągle do jednego wyniku, że przyczyna nieznoszenia szkieł różnych tkwi tylko w działaniu pryzmatycznem optycznej różnicy; ponieważ zaś działanie to pozostaje w ścisłym związku z podolnością mięśni ruchowych gałki, przeto cała sprawa korekcyi anizometropii schodzi do kwestyi podolności mięśni ocznych. Podolność ta nie u wszystkich osób jest jednaką, zależy ona przedewszystkiem od wrodzonego stanu unerwienia, być może i od siły względnej mięśni a także od wieku i od ćwiczenia. U osób młodych znajdywałem w ogóle wyższe wartości dla pryzmatów, które oczy jeszcze przezwyciężają, w kilku przypadkach przezwyciężali badani jeszcze pryzmat 5^0 kątem łamiącym zwrócony ku górze. Z wiekiem zdolność ta maleje tak, że już w średnim wieku wiele osób nawet pryzmatu 1^0 ku górze znieść bez dwuwidzenia nie może. Ćwiczeniem można do pewnego stopnia rozszerzyć granice podolności, ale tylko do pewnej indywidualnie stałej granicy, zależnej od specyalnych stosunków unerwienia pewnych grup mięśni ocznych.

Dla sprawy korekcyi anizometropii zachowanie się to jest decydującem. Znając granice podolności w danym przypadku, nie będziemy już odtąd zmuszeni postępywać na oślep, zawierzać ślepo nieznanej sile przyzwyczajenia lub naodwrót odmawiać z zasady szkieł wyrównywujących wadę: badanie poprzednie pryzmatami pozwoli nam z góry określić, czy dane indywiduum zniesie pewną różnicę szkieł, lub nie. Trzebaby tylko znać wartość pryzmatyczną danej jednostki siły łamiącej szkła. Z doświadczeń moich wynika, że dwom dyoptryom soczewki wklęsłej lub wypukłej odpowiada pryzmat 1^0. Kto więc w kierunku najmniej podolnego mięśnia znosi najwyżej tylko pryzmat 1^0, ten już przy różnicy dwóch dyoptryj szkieł wyczerpałby cały zapas energii odpowiednich mięśni, szkieł więc takich znosić nie byłby w stanie. Na odwrót tam, gdzie badanie wykaże szersze granic podolności ponad wartość pryzmatyczną różnicy szkieł, tam można być pewnym, że szkła odpowiednie będą dobrze znoszone. Postępując od $^1/_2$ roku wedle tych zasad nie znalazłem przypadku, gdzieby mię ta wskazówka w rachubie mojej zawiodła. W ten sposób mogłem w kilku przypadkach wyrównać różnicę refrakcyi aż do 6 dyoptryj bez wywołania najmniejszych dolegliwości.

Dla przypadków z niską podolnością mięśni ocznych w stosunku do różnicy szkieł neutralizujących należy pójść inną drogą. Ponieważ osoby takie nie znoszą już słabych pryzmatów, należałoby im działanie pryzmatyczne szkła silniejszego zmniejszyć do granicy dla nich dostępnej. W praktyce należałoby polecić optykowi soczewkę skombinowaną z odpowiednim pryzmatem wykroić z większego szkła tak, aby do widzenia zużytkowaną być mogła tylko część szkła zneutralizowana. W ten sposób możnaby niezawodnie równoważyć nawet wyższe stopnie anizometropii, uwzględniając, że tam, gdzieby pryzmat neutralizujący musiał być dość silny, możnaby nie zwiększając zbytnio grubości szkła, rozdzielić go w równej połowie na obie soczewki, zmniejszając działanie pryzmatyczne soczewki silniejszej a zwiększając je w szkle słabszem. Najwyższe stopnie anizometropii, nabyte n. p. po jednostronnej operacyi zaćmy, niewątpliwie nie nadają się do tego sposobu, już choćby ze względu na to, że sama soczewka korekcyjna przedstawia tu już pokaźną grubość, któraby zwiększyłaby się nadto jeszcze o grubość pryzmatu.

Streszczając wynik swych dochodzeń, możemy powiedzieć:

1) Przyczyną nieznoszenia szkieł neutralizujących różnicę refrakcyi, nie jest ani różnica w wielkości obrazków, ani zmiana stosunków akomodacyi, ale jedynie działanie pryzmatyczne szkła silniejszego.

2) Ponieważ zdolność przezwyciężania pryzmatu indywidualnie jest różna, przeto w korekcyi anizometropii należy również indywidualizować. Rozstrzyga tu poprzednie badanie podolności mięśniowej zapomocą pryzmatów, przyczem pamiętać należy, że tylko tam znaczniejsza różnica w sile łamiącej szkieł będzie znoszoną bezkarnie, gdzie granice podolności nawet w kierunku mięśni pr. górnych i dolnych przewyższać będą działanie pryzmatyczne różnicy szkieł.

3) W przypadkach anizometropii z astygmatyzmem, gdzie osie szkieł walcowatych stoją pionowo, można być z góry pewnym, że szkła będą znoszone bez żadnych niedogodności.

4) Tam wreszcie, gdzie badanie wykazuje niskie granice podolności mięśniowej, można się pokusić o neutralizowanie różnicy refrakcyi przez przepisanie szkieł z wyrównanem częściowo działaniem pryzmatycznem.

V. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

R. Temeszvary: **Nieprawidłowości w wydzielaniu się mleka.**

Zmiany w wydzielaniu się mleka z sutków u kobiet odnoszą się do: 1) okresu wystąpienia, 2) czasu trwania, 3) ilości wydzieliny, 4) jej składu.

Potwierdzeniem teoryi Darwina, że sutki u mężczyzn są zupełnie analogicznie do sutków u kobiet zbudowane z gruczołów nie rozwiniętych w stosunkach fizyologicznych i nie funkcyonujących, są znane z literatury przypadki wydzielania się mleka u mężczyzn tak ilościowo, jak i jakościowo nie różniącego się od mleka kobiet.

Właściwa funkcya gruczołów piersiowych kobiet zaczyna się podczas ciąży i trwa przez cały okres karmienia. Lecz wydzielanie się mleka z piersi u kobiety występuje nader często po za okresem czasu wyż wspomnianym z powodu chorób macicy, jajników, urojonej ciąży, zmian w miesiączkowaniu a nawet u zupełnie zdrowych dziewcząt w okresie płciowego dojrzewania. Nagromadzony pokarm przy odpowiednem draźnieniu brodawek wydzielać się może z piersi 10—15 lat, co bardzo często wydarza się u kobiet z rasy Eskimosów, Indyan północno-amerykańskich i wielu innych dzikich plemion.

Co do ilości wydzieliny z gruczołów piersiowych u kobiet, to autor odróżnia dwa stany niefizyologiczne: nadmiar i brak pokarmu.

Nadmiar mleka *(polygalactia)* trwać może całymi miesiącami jako mlekotok *(galactorrhoë)* nawet mimo odłączenia dziecka, wywołuje znaczne osłabienie, wyniszczenie, niedokrewność, bicie serca; gruczoły mleczne a nawet całe sutki są miękkie bez czucia. Leczenie ma polegać na ograniczeniu potraw i napojów, wywoływaniu obfitych stolców, ucisku na sutki, zadawaniu wewnętrznie jodku potasu a zewnętrznie miejscowo wilczej jagody.

Zupełny brak pokarmu, jeżeli jest stałym, polega na nieprawidłowym rozwoju, zaniku, lub stłuszczeniu gruczołów mlecznych sutków.

Czasowy zupełny brak mleka *(suppressio lactis)* wywołany jest wpływami psychicznemi, zmartwieniami, troskami, obawą a pod wpływem środków leczniczych *(galactogoga)*, systematycznego stósowania przyrządów ssących, słabego prądu elektrycznego przerywanego, ilość wydzielin sutkowych zwiększa się stale lub przemijająco.

Niezupełny brak wydzieliny mleka, t. j. wydzielania się w ilości niewystarczającej do odżywienia dziecka, wydarza się u kobiet po częstych porodach w nieodpowiednich stosunkach hygieniczno-odżywczych, jakoteż po przebyciu chorób zakaźnych lub w razie ciężkich chorób, wywołujących ogólnę cherę.

Co do jakości wydzieliny z gruczołów sutkowych, to skład jej zależy od ilości cukru, białka i tłuszczu. Do niekorzystnych dla odżywienia dziecka wydzielin zalicza autor: 1) mleka gorzkie, wywołane chorobami wątroby, 2) mleka słone, 3) mleka zabarwione drobnoustrojami na niebiesko, żółto i zielono, 4) mleko okazujące skłonności do kiśnienia, co jest w ścisłym przyczynowym związku z nadmierną kwasotą żołądka matek, 5) mleka zawierające wydzielinę ropną skutkiem spraw zapalnych w gruczołach mlecznych, 6) mleka zawierające wydzielinę krwawą.

Autor roztrząsa szczegółowo krwawą wydzielinę gruczołów sutkowych u kobiet i wykazuje jako okoliczności etyologiczne tej zmiany następujące sprawy chorobowe: 1) zranienie i owrzodzenie tak sutków jak brodawek natury bądź urazowej bądź zapalnej, 2) sprawy nowotworowe, 3) zastępcze krwawienie miesięczne, występujące u młodych kobiet cierpiących na blednicę, nieregularne lub bolesne miesiączkowanie, w odstępach czasu 3—4 tygodniowych i to zwyczajnie z obu sutków w czasie tym znacznie obrzmiałych i bolesnych. Krwotoki te nie zawsze pokazują się na zewnątrz brodawkami w formie płynnej, lecz nader często istnieją w formie wynaczynień do tkanki podskórnej gruczołów piersiowych a nieraz tak obfitych, że mogą wywołać objawy ostrej niedokrwności. 4) *Lactatio serotina* Landaua, występująca u kobiet zupełnie zdrowych w parę lat po odstawieniu dziecka od piersi a wydzielina z sutków zawiera kulki tłuszczu, siary i krew. 5) Fritsch i Halm opisują występowanie wydzieliny krwawej w okresie zwrotu płciowego *(climacterium)* z powodu przedwczesnego zwijania się części płciowych. 6) Autor opisuje obserwowane dwa przypadki krwawień piersiowych, w jednym przypadku obustronne u karmiącej, w drugim jednostronne w rok po odstawieniu, gdzie przez wykluczenie innych okoliczności etyologicznych za przyczynę uważa zmianę w naczyniach włosowatych otaczających pęcherzyki gruczołów mlecznych, dozwalającą przez rozstęp *(per diapedesim)* przejście surowicy krwi do przewodów mlecznych. (*Wiener Medizinische Wochenschrift.* Nr. 49. 50. 51. 1884.

Dr. B. Komorowski.

Choroby dzieci.

Escherich: **Nowy sposób sztucznego żywienia osesków za pomocą Gaertnerowskiego mleka tłustego**

G. Gaertner: **O sposobie przyrządzania mleka tłustego.**

Wszystkie usiłowania sztucznego żywienia osesków mlekiem krowiem mają przedewszystkiem na celu mleko to uczynić, o ile możności jak najwięcej zbliżonem do mleka kobiecego, zdążają więc do wyrównania różnic między temi mlekami tak pod względem jakościowym jak ilościowym w stosunku składników. Mleko krowie zawiera w porównaniu z mlekiem kobiecem blisko dwa razy więcej sernika, mniej zaś tłuszczu i mniej cukru. Tych wielkich ilości sernika dziecko strawić nie może; roztwarzamy więc mleko wodą, aby zmniejszyć procentową ilość sernika, ale przez to właśnie zmniejszamy jeszcze więcej już i tak skąpą ilość tłuszczu i cukru. Aby więc temu zapobiedz, aby uzyskać mleko z mniejszą ilością białka a z odpowiednim stosunkiem tłuszczu, polecił Biedert już dawniej swoją mięszankę śmietankową (*Rahmgemenge*), która mimo swoich wielkich zalet przedstawia i pewne wady a mianowicie niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami w czasie odstawania się śmietanki. Nie mogą też odpowiedzieć temu zadaniu drogie a niepewne konserwy i reklamowane sztuczne przetwory. Gartnerowi

udało się ominąć te wszelkie trudności przez uzyskanie mleka o dowolnym składzie, t. j. o dowolnej ilości tłuszczu i kazeiny. W tym celu posługuje on się centryfugą Pfannhausera używana w dużych gospodarstwach mlecznych do szybkiego uzyskania śmietanki. Za pomocą tej centryfugi przez nader szybki jej obrót można mleko na warstwy rozdzielić, gdyż cięższe cząsteczki mleka a więc kazeina osiadają, jak najdalej od środka osi, najlżejsze a więc tłuszcz najbliżej i zapomocą odpowiednich przewodów odprowadzić mleko chude lub śmietankę. Aby więc uzyskać swoje mleko, rozrzedza Gartner najpierw niezbierane mleko krowie wodą (aby zmniejszyć ilość białka), następnie zapomocą tej centryfugi może uzyskać dowolnie mleko zupełnie chude lub tłuste, w ogóle mleko o pewnej ilości białka i o dowolnej ilości tłuszczu.

W ten sposób otrzymano mleko o 3% tłuszczu a o połowie ilości sernika mleka krowiego (t. j. około 1½%) czyli mleko składem swojem bardzo do mleka kobiecego zbliżone i mleka tego nazwanego *Fettmilch* próbowano w klinice chorób dziecięcych prof. Eschericha w Gracu. Mianowicie podawano go oseskom w odpowiedniej dawce, poprzednio wyjałowione w aparacie Soxhleta i przekonano się, że mleko to chętnie piją dzieci. Stolce są wolniejsze, jednostajne i wejrzeniem do stolców dzieci piersią matki karmionych zbliżone, nie zdarzają się zaparcia, ani też bryłki sernika niestrawionego. Dzieci znosiły więc ten sposób żywienia dobrze i zyskiwały odpowiednio na wadze. Wobec tego Escherich stawia to mleko ponad inne dotąd używane mięszaniny i zachęca do podawania go oseskom sztucznie żywionym. (*Wiener Med. Wochschr.* 44. 8894). *Dr. Raczyński.*

Medycyna sądowa.

H o f m a n n: O wynaczynionkach poza aortą piersiową.

Jak wiadomo, zwrócił niedawno Kratter uwagę na rozległe wynaczynionki w śródpiersiu tylnem i na tylnej ścianie aorty w przypadkach śmierci z uduszenia, których nie dostrzegł tylko w zwłokach dzieci zmarłych z uduszenia i u dorosłych uduszonych w ścisku lub przywalonych n. p. gruzami. Kratter podał nadto domniemany mechanizm powstawania tych wynaczynionek. Choć wielce przekonywującymi wydawały się wywody Krattera, okazują się one przecież nieprawdziwymi, jak to wynika z badań H. dokonanych na 345 zwłokach.

H. wykazał, że wynaczynionki powyższe znachodzą się nie tylko u dorosłych ale i u dzieci, nie tylko u uduszonych w zwykły sposób ale i u zasypanych, wreszcie, że się je widzi niemal we wszystkich zwłokach ludzi zmarłych śmiercią nagłą, u których zatem pozostaje krew w znacznej ilości i płynna. Tak więc tracą na mocy ścisłych badań H. te wynaczynionki owe doniosłe znaczenie rozpoznawcze jakie im przypisywał Kratter. Co ważniejsza, wynaczynionki te, znajdujące się na tylnej ścianie aorty piersiowej i to w jej dolnej części zrazu nie są widoczne pod otrzewną a występują dopiero wówczas, gdy narządy klatki piersiowej wyjmie się w zwykły sposób przez pociąganie za krtań; wynaczynionki te mieszczą się w luźnej tkance zaopłucnowej i dają się z łatwością usunąć przez zmycie wodą lub wyciśnięcie krwi. Jednem słowem, okazuje się dowodnie, że wynaczynionki powyższe nie powstały za życia, lecz po śmierci i że one są sztuczne, t. j. powstają przez pękanie drobnych naczyń przy wydobywaniu podczas sekcyi trzew z klatki piersiowej. W końcu przyznaje H., że podobne wynaczynionki powstają i za życia i sam wylicza trzy podobne przypadki z własnego doświadczenia, są to jednak znane wynaczynionki podsurowicze, charakterystyczne dla śmierci z uduszenia, których powstanie nie jest dotąd jeszcze wyjaśnione a już bynajmniej przez mechanizm podany przez Krattera.

H. sądzi, że na powstanie wynaczynionek wpływa także przepona, która w okresie drgawek w czasie duszenia, kurczy się, zaciska aortę, tem samem zwiększa parcie i zastoinę w naczyniach klatki piersiowej i w ten sposób ułatwia pękanie drobnych naczyń krwionośnych. Tłomaczenie powyższe popierają przypadki śmierci z przejechania, tężca, padaczki i t. d., w których aorta musi ulegać uciśnięciu i zwężeniu. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

D i t t r i c h: O wrodzonym ubytku skóry ciemienia noworodka, uważanym pierwotnie za uszkodzenie cielesne.

Do przypadków wrodzonego ubytku skóry na czaszkach noworodków, opisanych przez Hebrę i Hofmanna, dołącza autor dwa nowe, z których w jednym ubytek miał 2 cm. długości a 1·7 cm. szerokości, w drugim zaś 2½ cm. długości a 1½ cm. szerokości. Oba tyczyły się skóry pokrywającej kości ciemieniowe i początkowo były uważane za uszkodzenia ciała zadane po urodzeniu się. U jednego z noworodków tych okazujących owe ubytki był wrodzony *mikrophthalmus*. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1895. Z. 2).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

63. B r u n s: W s p r a w i e l e c z e n i a r a k a s u r o w i c ą r ó ż y (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). Artykuł Emmericha i Scholla pod tytułem: Doświadczenia kliniczne nad leczeniem raka surowicą swoistą (surowicą róży), niedawno ogłoszony (patrz nr. 18. *Przegl. lek.* z r. b.) zrobił wrażenie, ponieważ na podstawie swych doświadczeń, lubo nielicznych, na chorych, przychodzą autorowie do wniosku, iż w surowicy róży znaleźli środek swoisty na raka, środek bezpieczny i nie działający ubocznie szkodliwie.

Autor otrzymawszy od prof. Emmericha jego surowicę doświadczał jej w swej klinice na sześciu chorych, rezultat wszakże tych prób nie wypadł niestety zgodnie z rezultatami uzyskanemi przez Emmericha i Scholla.

Do prób tych autor wziął się tem chętniej, iż w jednym przypadku nader złośliwego nowotworu (*melanosarcoma mammae*) widział po przebyciu róży zupełne wyleczenie.

Doświadczenia autora obejmują sześć przypadków, mianowicie 4 raka, jeden mięsaka i jeden złośliwego chłoniaka (*lymphoma malignum*). We wszystkich przypadkach zbadano nowotwory mikroskopijnie przed wstrzyknięciem surowicy rzeczonej.

W pierwszym przypadku raka u mężczyzny 57-letniego zrobiono sześć wstrzykiwań, za każdym razem po 1 do 3 cm.³ surowicy. Oddziaływanie miejscowe było nieznaczne; temperatura doszła po 1 cm.³ do 37·4, po 2 cm.³ do 38·7, po 3 cm.³ do 40·1. Stan ogólny zmienił się mało. Nowotwór nie zmniejszył się.

W drugim przypadku zrobiono trzy wstrzykiwania: 2, 3 i 4 cm.³ Temperatura doszła do 38·7. Ponieważ w moczu ukazało się białko i dużo wałeczków ziarnistych, przerwano leczenie.

W trzecim przypadku raka u mężczyzny 29 lat liczącego wstrzyknięto w nowotwór surowicę 8 razy, zaczynając od 1 cm.³ i postępując codziennie również o 1 cm.³ Po 7. i 8. wstrzyknięciu pojawiła się gorączka znaczna, do 40.4 dochodząca obok ogólnych zboczeń w ustroju, bólu głowy, wielkiej tkliwości nowotworu, gwałtownych bólów we wszystkich mięśniach i stawach. Gorączka utrzymywała się jeszcze przez 8 dni a bóle w kończynach nawet dłużej po zaprzestaniu wstrzykiwań. Nowotwór, który podczas oddziaływania nieco zmiękł, wrócił do dawnego stanu i wcale nie zmniejszył się.

W czwartym przypadku raka sutka z przerzutami u kobiety 47-letniej wstrzyknięto w ciągu 5 tygodni na 20 zawodów razem 123 cm.³, poczynając od 1 cm.³ a dochodząc do 16 cm.³ Z początku nie było po małych dawkach żadnej znaczniejszej reakcyi, dopiero po wstrzyknięciu 12 i 15 cm.³ doszła temperatura do 38·9 a prócz tego po wstrzyknięciu 16 cm.³ w dwie minuty wystąpił napad znacznej duszności z bardzo mocną sinicą na twarzy, tętnem słabem, nieregularnem i bardzo przyśpieszonem (120 do 130). Napad ten minął wprawdzie po kwadransie, pozostawiając po sobie ból głowy i uczucie ogólnego osłabienia, wkrótce jednak przyszło

do krwotoku z nosa i kilkakrotnych wymiotów. Wieczorna temperatura 39·8. Podobny napad pojawił się, gdy po kilku dniach choroby wstrzyknięto znów 6 cm.³ surowicy. Przerwano przeto leczenie. Nowotwór nie zmniejszył się wcale a w kilka tygodni później przyszła wiadomość, iż stan chorej pogorszył się znacznie i że wystąpił nowy przerzut.

W piątym przypadku, tyczącym się mięsaka, zrobiono 20 wstrzykiwań, zużywszy do nich 80 cm. surowicy, której największa dawka jednorazowa wyniosła 10 cm.³ Kilka razy zaraz po wstrzyknięciu wystąpiły bezdech, sinica na twarzy, przyśpieszenie tętna i wymioty. Nowotwór po tem leczeniu nie tylko się nie zmniejszył, ale nawet powiększył.

W szóstym przypadku złośliwego chłoniaka u dziewczynki 6-letniej wstrzyknięto na 17 zawodów 36 cm.³ surowicy. Dwa razy po użyciu 1 i 2 cm.³ wystąpiła duszność i podobne, jak w czwartym i piątym przypadku objawy. Skutku nie było na nowotwór żadnego.

Z spostrzeżeń tych wypada, że w żadnym przypadku nie było wpływu na wzrost nowotworu, natomiast występowały nieraz groźne przypady ogólne, mające swe źródło najpodobniej do prawdy w niewyjałowieniu użytej surowicy, zaczem przemawia jałowienie jej na zimno i badanie bakteryologiczne w zakładzie anatomiczno-patologicznym w Tybindze.

Autor ogłaszając swój artykuł nie myśli przemawiać przeciwko dalszym próbom leczenia raka tym sposobem, lecz zwraca tylko uwagę na ich niebezpieczeństwo i brak skutku. Jeżeli przeto można nowotwór usunąć przez operacyą, nie należy tracić czasu na próby ze surowicą. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 16. Maja 1895).

64. W. Petersen: Kilka uwag krytycznych nad leczeniem raka surowicą w sposób podany przez Emmericha i Scholla. Gdy przed kilkoma laty minął obłęd z tuberkuliną i cała sprawa mimo swej ważności naukowej zrobiła pod względem praktycznym najzupełniejsze fiasko, zachwiało się zaufanie publiczności do pewności umiejętnych badań lekarskich. Wypadła ztąd ta nauka moralna, że jeżeli leczenie swoiste chorób zakaźnych ma się rozwijać pomyślnie, to pierwszym jest tego warunkiem, ażeby ze swemi rezultatami występować publicznie dopiero po jak najdokładniejszem i najściślejszem zbadaniu rzeczy pod względem tak teoretycznym jak i klinicznym. Tą drogą poszedł Behring i zdaje się, że twierdzenia jego, jakkolwiek nie w zupełności, sprawdziły się przez badania kliniczne innych w najgłówniejszych szczegółach.

Takie umiarkowanie było konieczne w zachwalaniu środka swoistego przeciw chorobie, jak n. p rak, którego i etyologia jest zupełnie ciemna i którego przebieg właściwy pozwala dopiero po latach sądzić o rzeczywistem wyleczeniu. Autor przeczytał z wielkiem zajęciem wstęp do pracy Emmericha i Scholla (z której zdaliśmy sprawę w nrze 18. *Przegl. lek.* z r. b. Przyp. Red.), obiecujący tak wiele a rozczarował się nadzwyczajnie przeczytawszy historye chorób!

Na czemże bowiem opierają się Emmerich i Scholl? Zdają oni sprawę z ośmiu przypadków, z których po wyłączeniu dwóch, nienadających się do ich leczenia z przyczyny ropnego rozpadu nowotworu, w jednym rozpaczliwym przerywają leczenie, trzy są jeszcze w leczeniu a jeden, w którym miał być skutek największy, jest dopiero od 4 miesięcy w obserwacyi.

Już to samo wskazuje, iż zdania E. i S. usuwają się z pod wszelkiej krytyki. Przed upływem trzech lat obserwacyi żaden chirurg nie odważy się teraz mówić o wyleczeniu raka.

Błędem jest dalej każdą zmianę po użyciu surowicy uważać za skutek leczący; najlepszy dowód tego na tuberkulinie, której wpływ na zmiany gruźlicze nie ulega przecież wątpliwości a pod której działaniem widziano nieraz dalsze szerzenie się sprawy gruźliczej.

Błędem jest następnie uważać każdy obrzmiały gruczoł limfatyczny za dotknięty rakiem, o mikroskopijnem zaś zbadaniu nie ma w pracy Emmericha i Scholla żadnej wzmianki, również jak o wielu innych ważnych szczegółach, jak n. p. tyczących się postępowania ze zwierzętami przed pobieraniem z nich surowicy i t. d.

Niedostateczniejszemi jeszcze, niż dowody kliniczne skuteczności surowicy swoistej przeciw rakowi, są podstawy teoretyczne pracy E. i S.; powiadają oni bowiem, że do doświadczeń skłoniły ich wzmianki w piśmiennictwie o przypadkach wyleczenia raka przez pojawienie się róży i cytują w tej mierze nazwiska kilku autorów. Otóż P. przechodzi po kolei te cytaty i wykazuje autentycznie, że powoływania się w tym względzie E. i S. na prace wymienionych przez nich samych badaczy jest zupełnie mylne, bo w jednych przypadkach nie rozchodziło się wcale o raka, tylko o mięsak a nawet Bruns oświadcza, iż nie ma dotychczas żadnego pewnego przypadku raka wyleczonego całkowicie przez różę, w drugich zaś nie ma mowy o wyleczeniu a raz nawet, jak było w przypadku Neissera, nastąpiła śmierć w 4 tygodnie po zaszczepieniu róży.

Powiadają dalej E. i S., że surowica róży zabija pasorzyty raka. Zkąd jednak wiedzą oni, że tak jest, skoro dotychczas żadne badania umiejętne mimo wszelkich w tej mierze usiłowań nie wykazały w raku takich pasorzytów? Nawet wiele okoliczności przemawia przeciw temu, jakoby rak miał polegać na działaniu pasorzytów. Wpływ korzystny róży znany jest dotychczas tylko na mięsaki, o których nie twierdzi się, jakoby swe powstanie zawdzięczały pasorzytom; ale przypuśćmy zresztą, iż rak jest chorobą pasorzytniczą, to i tak skuteczność surowicy róży mogłaby polegać na gwałtownej gorączce, obserwowanej w przypadkach mięsaka, na które róża wpłynęła korzystnie. Na to są pewne dowody kliniczne.

Z tych wszystkich uwag wypada, iż pracy Emmericha i Scholla słusznie zrobić trzeba zarzut braku krytyki a nawet braku, chociaż oczywiście tylko nieumyślnego, sumienności. Wszak na ostatnim co właśnie odbytym niemieckim kongresie chirurgicznym wykazał Bergmann przy sposobności odczytu Lassara o wyleczeniu rakowca wstrzykiwaniem arszeniku, że w spostrzeżeniach Lassara dużo jest błędów i niedokładności a König zastrzegł się przeciw puszczaniu w świat takich niedokładnych sprawozdań o wyleczeniu rakowca wewnętrznemi środkami, które bałamucą tylko publiczność i skłaniają ją do używania leków wewnętrznych a ociągania się z operacyą w okresie, w którym po niej można się spodziewać pomyślnego zupełnie skutku.

W całym szeregu pism codziennych (także i polskich Przyp. Red. *Przegl. lek.*) znalazły się entuzyastyczne doniesienia o wielkiem odkryciu Emmericha i Scholla, mającem uszczęśliwić ludzkość. Ileż nadziei obudzono niemi u chorych, którzy teraz gorzkiego doznają rozczarowania. E. i S. powiadają wprawdzie, że ich surowica znajdzie swe miejsce w leczeniu raka obok operacyi, ale po co takie wyrażenia, jak lek swoisty przeciw rakowi, surowica leczaca raka, które tylko bałamucą ogół nielekarski, na który w podobnych publikacyach wzgląd mieć należy.

Nic nie szkodzi tak bardzo postępowi i powadze nauki lekarskiej, jak zbyteczny pośpiech, z jakim wielu jej reprezentantów głosi *urbi et orbi* swe spostrzeżenia jako nowe prawdy i wielkie odkrycia. Na zbyteczne może badania dalsze takich odkryć traci się niepotrzebnie całkiem czas i siły, bałamuci publiczność i sprawia, że tracąc ona wiarę do nowych, złudnych metod leczniczych pozbywa się zarazem zaufania do dawnych, pewnych i wypróbowanych sposobów leczenia i pada w objęcia lekarzy-amatorów i partaczy. Przeciw takiemu postępowaniu trzeba koniecznie oświadczyć się stanowczo i energicznie. *(Deutsche medizin. Wochenschrift.* 16. Maja 1895).

65. Kronacher: O wpływie wytworzonego sztucznie zapalenia aseptycznego na złośliwe nowotwory. Trucizny bakteryjne pozbawione samychże bakteryj mogą, jak wiadomo, po wprowadzeniu do

ustroju zwierzęcego wywoływać najrozmaitsze sprawy zapalne, stosownie do swej ilości i koncentracyi. Zapalenia te, jakkolwiek w ogólności nie tak niebezpieczne, jak wytworzone przez same bakterye, mogą jednak mimo to nieraz być bardzo groźne. Słabiej działa surowica stosownie przyrządzona.

Zapalenia, nawet z ropieniem wywoływać mogą także pewne ciała chemiczne, jak n. p. olejek terpentynowy a zapalenie to jest tylko miejscowe, całkiem nie niebezpieczne, nie wywołuje gorączki ani ogólnego zakażenia ani przerzutów. Dziś nie ma żadnej wątpliwości, że pewnemi substancyami, stosownie roztworzonemi, jak olejek terpentynowy, krotniowy i innemi można wywołać po zupełnem wyłączeniu bakteryj ropienie, nawet zupełną, rozległą *phlegmone*, jeżeli ich się użyje podskórnie. Stopień zapalenia zależy wprost od roztworzenia czynnika użytego do doświadczenia.

Wiadomo oddawna, że niektóre twory zakaźne, jak n. p. liszaj żrący, tudzież nowotwory złośliwe doznają pod wpływem przypadkowego zapalenia ostrego pewnych zmian wstecznych, względnie dążą do wyleczenia. Na tej podstawie próbowano już dawniej szczepić paciorkowce. Skutek był często wyraźny, niekiedy jednak tak niebezpieczny, iż musiano odstąpić od tej metody. W ostatnich czasach obrano w tym celu drogę bezpieczniejszą, jakkolwiek także nie całkiem bezpieczną i próbowano wstrzykiwać rozmaite trucizny bakteryjne i stosownie przyrządzone surowice lecznicze, częściowo ze skutkiem; czy stanowczym, dotychczas jeszcze nie wykazano.

Jeżeli się zważy pomyślny nieraz wpływ ostrego, przypadkowego lub sztucznie wywołanego (przez szczepienie koków róży, trucizny bakteryjne, surowicę właściwą) zapalenia na zmiany zakaźne, jak n. p. liszaj żrący i nowotwory złośliwe, to sama przez się nasuwa się myśl spróbowania w tym celu pewnych substancyj chemicznych, jak n. p. olejku terpentynowego, stósownie roztworzonych.

Temi względami kierując się robił autor próby z leczeniem raków nienadających się już do operacyi przerzeczonemi substancyami i może teraz tylko tyle powiedzieć, że w nowotworach występują pewne zmiany, godne uwagi. Spostrzeżenia wszakże dotychczasowe nie wystarczają do wyrobienia sobie sądu o wartości tej metody leczniczej; dlatego autor oświadczając, iż w tej sprawie później ogłosi swe rezultaty, nie zachęca innych do naśladowania. *(Centralblatt für Chirurgie.* 18. Maja 1895).

66. G. Rankin: Przeciw zboczeniom czynności żołądka u osób niedokrewnych zaleca autor zażywanie po każdem jedzeniu pigułki następującego składu: *Ferri sulfurici oxydulati, papaini aa centigrmta 12, exti cannabis indicae, exti nucis vomicae aquosi aa milligrmta 15, exti rhei centigrm. 3. (La Semaine médicale.* 15. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie naukowe dnia 19. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 23.

Gościem Dr. Władysław Harajewicz z Krakowa.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wspomnieniem a obecni powstaniem uczcili pamięć powszechnie kochanego i szanowanego kol. Dra Kazimierza Cyrus Sobolewskiego, który zaraziwszy się durem osutkowym padł ofiarą swego powołania.

3) Kol. Merunowicz: *Obecne zapatrywania na sposób szerzenia się cholery, ze szczególnem uwzględnieniem epidemii w Galicyi w 1894. roku* (będzie ogłoszone drukiem w *Przeglądzie lekarskim*).

Dyskusya: Kol. Prus przemawia za zaprowadzeniem kwarantan; wyraża też obawę, czy i w b. r. w Lipcu epidemia nie wybuchnie na nowo a to, że ona nie zalała w poprzednich latach całego kraju, kładzie na karb małej złośliwości tej epidemii.

Kol. Merczyński sądzi, że gdy wszędzie epidemia wybuchła skutkiem zawleczenia, należy gminy nią dotknięte siłą zamykać.

Kol. Mossing odbiegając od przedmiotu, pyta się o terapię cholery a przedewszystkiem o hipodermoklizy. Rzecz ta zaciekawia go bardzo z tego powodu, że Namiestnictwo wydało okólnik do lekarzy, polecający stosowanie w cholerze wstrzykiwań podskórnych i że nasuwa mu się wobec tego pytanie, czy zaniedbania hipodermoklizy w przypadku cholery nie poczytywanoby lekarzowi za winę.

Kol. Lachowicz uspakaja obawy kol. Mossinga. Hipodermokliz na wsi stosować wprost nie dało się; to też ich nie stosowano. Stosowano je w niektórych szpitalach n. p. w Delatynie a przedewszystkiem w Krakowie. Procent śmiertelności był mimo to 50 do 60 a skutek tylko chwilowy. Z reguły posługiwano się winem, koniakiem, kamforą, kofeiną, enteroklizami i kąpielami.

Kol. Szpilmann uważa środki proponowane przez koll. Prusa i Merczyńskiego za nieludzkie i z tego względu za niestosowne; sądzi zresztą, że epidemia obecna ma w ogóle bardzo lekki przebieg i z tego powodu nie powinna budzić zbyt wielkich obaw.

Kol. Legeżyński przypomina swe spostrzeżenie, że powodem wybuchu cholery w jednem z jej lwowskich ognisk były szmaty przyniesione przez handlarzy starzyzny, bo zetknięcie się z chorym w owym przypadku wykazać się nie dało.

Kol. Merunowicz oświadcza, że stosować można tylko te środki ostrożności, które nie przynoszą większej szkody niż pożytku. Zamknięcie jakiejś gminy nie tylko że przy dzisiejszym ruchu podróżnych byłoby często niemożliwem, ale w niektórych przypadkach, n. p. gdzieby się rozchodziło o zamknięcie gmin wiejskich żyjących z zarobku, byłoby z ogromną szkodą dla tychże gmin połączone. Że nadzór taki, jaki roztaczano, wystarcza tam, gdzie ściśle jest przeprowadzony, świadczą o tem n. p. te gminy, do których i po czterykroć cholerę zawleczono a pomimo to przez zastosowanie środków ostrożności zapobieżono wybuchowi epidemii. Uwzględniając prawa osobistej wolności nie można nawet internować przejezdnych. Chorych jedynie zatrzymuje się; w innych razach można tylko dodać eskortę. Zamykając gwałtem, wywoływałoby się panikę, która mogłaby nawet doprowadzić do rozlewu krwi, boć ma ktoś czekać, aż z cholery zginie na miejscu, to wolałby siłą przedzierać się przez kordon, przyczem w najgorszym razie także tylko śmierć poniesie. Zapatrywanie, że obecna epidemia dlatego nie rozszerzyła się zbytnio, że genius epidemii jest słaby, jest niesłusznem. Tam, gdzie jej w zaczątkach nie zduszono, rozwijała się szybko i gwałtownie; procent śmiertelności dochodził nawet do 65. Że się przewleka, przyczyną tego świeże zawleczenia z zagranicy, które dotychczas wykazano więcej niż 30 razy.

Z powodu spóźnionej pory na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Posiedzenie zwyczajne dnia 3. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 23.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zagaił posiedzenie wspomnieniem o świeżych stratach, jakie Towarzystwo poniosło: o śmierci prof. Rydla, członka honorowego i delegata do komisyi redakcyjnej; o dwu nowych ofiarach tyfusu osutkowego, koll. Rosenbuschu i Węgrzynowskim. Obecni przez powstanie oddali cześć zmarłym.

3) Kol. Fajersztajn przedstawił chorego z objawami rzadkiego cierpienia nerwowego, znanego pod nazwą: *myasthenia pseudo-paralytica Jolly.* W dyskusyi zabierali głos koll. Szulisławski i prelegent.

4) Kol. Legeżyński zdał sprawę z epidemij panujących we Lwowie w I. kwartale 1895. roku. W dyskusyi zabierali głos koll. Pisek, Stroynowski, Uhma, Merczyński, Czarnik i prelegent.

5) Kol. Wachholz mówił: O zmianach pośmiertnych i o faunie zwłok w ziemi, na powietrzu lub w wodzie się znajdujących.

Wyczerpawszy porządek dzienny zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Maja 1895 r.

— VII. Zjazd Chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się dnia 16. i 17. Lipca b. r.

Stosując się do życzenia wielu kolegów skracamy czas trwania Zjazdu o jeden dzień. Nie chcielibyśmy jednak tracić liczby godzin wykładowych i dlatego proponujemy rozpoczynać posiedzenia o godz. 9. zamiast o 10., jak dotychczas. Posiedzenia odbywałyby się więc od 9—12 i od 1—4 godz. Pomiędzy 12. a 1. godz. byłoby przygotowane śniadanie w klinice chirurgicznej a o 5. godzinie mógłby się odbyć wspólny obiad.

Pierwszego dnia Zjazdu gotów jestem o 4. godz. po posiedzeniu wykonać na trupie operacyę przyszycia śledziony ruchomej i tymczasowego wypiłowania kości krzyżowej z utworzeniem zwieracza sztucznego. Trupy będą przygotowane i dla innych kolegów celem demonstracyi nowszych operacyj.

Drugiego dnia Zjazdu zaprasza Prof Obaliński do zwiedzania swego nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza o godz. 8. z rana.

Kraków dnia 18. Maja 1895.

Prof. L. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— Na ten Zjazd zapowiedziano dotychczas następujące wykłady:

1) Prof. Rydygier: Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycinaniu odźwiernika (*resectio pylori*).

2) Tenże: Przedstawienie chorych z gruźlicą stawów, leczonych metodą zachowawczą i operacyjną.

3) Tenże: Przedstawienie sposobu kateryzowania moczowodów według Nitzego (na chorym).

4) Dr. Kryński: O chirurgii moczowodów.

5) Tenże: O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*) z przedstawieniem chorych.

6) Dr. Kozłowski: O wyjaławianiu katgutu z uwzględnieniem sposobu przechowywania według Repina.

7) Tenże: O działaniu hemostatycznem pary wodnej.

8) Tenże: O biodrze koślawem (*coxa vera*) z przedstawieniem chorych.

9) Dr. Krasowski: O nowotworach złośliwych na kończynach

Uprasza się o dalsze zgłaszanie się z wykładami.

— W dniu 15. Maja b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Kostanecki mówił o zapłodnieniu u niektórych zwierząt z demonstracyą preparatów mikroskopowych, poczem kol. Nowak przedstawił preparat ciąży trąbkowej po stronie lewej z przemieszczeniem płodu do trąbki prawej. W dyskusyi przemawiał kol. Jordan.

— Namiestnictwo lwowskie wydało do l. 34768. z datą dnia 27. z. m. do wszystkich starostów w kraju a w Krakowie i we Lwowie do prezydentów miasta okólnik z powodu zaszłych w powiatach lwowskim, drohobyckim, turczańskim i staromiejskim przypadków zatrucia się ludzi chlebem i zacierką sporządzonemi ze zboża zanieczyszczonego sporyszem, skutkiem czego było nawet kilka przypadków śmierci.

Ponieważ żyto może być zanieczyszczone sporyszem i w innych okolicach kraju, przeto poleca Namiestnictwo bezzwłocznie zwrócić uwagę mieszkańców na szkodliwe skutki spożywania mąki z takiego żyta, donosić o przypadkach podobnego zatrucia i przy sprawowaniu policyi targowej, zwłaszcza w miastach i miasteczkach, baczyć starannie na zanieczyszczone sporyszem zboże i mąkę o takie zanieczyszczenie podejrzaną. Lekarz powiatowy spostrzegłszy u chorego przypady właściwe zatruciu sporyszem winien zawsze zbadać zboże użyte do konsumcyi, postarać się o oczyszczenie jego ze sporyszu przed zmełciem a nadto wezwać zwierzchności gminne, aby w gminach, gdzie zaszły przypadki tego rodzaju, poleciły mieszkańcom oczyszczać zboże przeznaczone do mełcia.

W razie pojawienia się rojnicy (*ergotismus*) mają lekarze powiatowi udać się na miejsce, zbadać sprawę i zarządzić, co potrzeba.

— Jeden z prenumeratorów naszych przypomina, że ś. p. prof. Dr. A. Kozubowski drukował w roku 1841. w tomie IV. Rocznika Wydziału lekarskiego rozprawę na własnych opartą studyach p. t. *O karłakach, mianowicie przedtatrowych.* Rzecz tę możnaby zużytkować przy opracowaniu tematu ogłoszonego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. w Nrze 14. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. pod tytułem: *Stosunek liczebny matołectwa do wola.*

— Magistrat warszawski wyznaczył 1160 rubli rocznie na systematyczne badania higieniczne wody tamtejszych wodociągów.

— Trzeci międzynarodowy kongres fizyologiczny odbędzie się w bieżącym roku w Bernie szwajcarskim od 9. do 13. Września.

— Mimo wszelkiej baczności rządu tureckiego pojawiła się w Kwietniu r. b. cholera między pielgrzymami mahometańskimi w miejscach świętych w Arabii, przybyłymi tego roku bardzo licznie.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dnia 4. b. m. w Radomiu Dr. **Jan Tworkowski**, lekarz górniczy w Przysusze, w 35. roku życia. Zmarły odznaczał się jako lekarz zdolny i sumienny i pozostawia po sobie jak najlepsze wspomnienie. — Lekarz obwodu turgajskiego **Karpicki**. — W Jałcie lekarz **Wacław Dydalewicz**.

— **Posady**. Wydział powiatowy w Drohobyczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podbużu. Pensya 500 zlr. i 365 zlr. na objazdy. Podania do 20. Czerwca.

Gazeta lekarska donosi, że w miasteczku Kryczewie w gubernii mohylewskiej jest miejsce dla lekarza. Miasteczko liczy 7000 ludności, ma pocztę i telegraf. Bliższa wiadomość u aptekarza miejscowego P. Dąbrowskiego.

Administration internationale sanitaire maritime et quarantenaire w Aleksandryi poszukuje lekarza do kontroli lekarskiej w Suezie. Lekarze wykształceni w bakteryologii i epidemiologii mają pierwszeństwo. Pensya wynosi 8000 franków i podnosi się stopniowo do 12000 franków. Podania do 15. Czerwca do Administracyi.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 20. A. Sokołowski: O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*). W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (ciąg dalszy). A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą (dokończenie). — W *Medycynie* Nrze 20-tym. J. Kosiński: Torbiel żołądka wielokomorowa (*cystoma multiloculare ventriculi*) (dok.). A. Wizel: Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznem na zasadzie własnych spostrzeżeń. — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie z Maja r. b. B. Wicherkiewicz: Prof Łucyan Rydel. Wspomnienie pośmiertne. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju. T. Drobnik: Operatywne leczenie choroby Basedowa oraz pogląd na jej patogenezę (dok.). J. Talko: Wypadek wągra podłącznicowego.

Sprostowanie. W Nrze 19. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Sroczyńskiego na str. 277, I. szpalta, wiersz 13-ty i 14-ty od góry zamiast: „teraz bowiem w grę może wejść oko prawe“ czytać należy: „teraz bowiem w grę może wejść oko lewe“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się opis pensyonatu hidropatycznego Dra Ebersa w Krynicy.

Ceny znacznie zniżone.

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

w ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane przez Towarzystwo lekarskie krakowskie
za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ **0·10.** Ol. Amyg. v. Jecoris 0·20 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Morrhuol 0·20 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05. Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **2 złr.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Bals. tolut. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ **0·10** Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **1 złr. 60 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr.**
„ 0·10 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 20 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Główny skład dla Krakowa w aptece WP. Otowskiego.

Przy zapisywaniu proszę nie opuszczać godła „Hygea“ lub firmy „Zahradnik“ celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego

54—26—11 *Maryan Zahradnik.*

Na podstawie koncesyi Wys. c. k. Namiestnictwa we Lwowie

założony

Prywatny Zakład położniczy

i dla chorób kobiecych

Dra Stanisława Brauna

Docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiell. w Krakowie

przeniesiony na ulicę Dietla l. 95.

przyjmuje nadal kobiety ciężarne do odbycia porodu i kobiety dotknięte chorobami ginekologicznemi.

Bliższych objaśnień udziela właściciel i kierownik Zakładu

Doc. Dr. St. Braun

66—20—15 **w Krakowie ul. Dietla l. 95.**

Sanatoryum i Zakład wodoleczniczy

w ZUCKMANTEL

na Szląsku austryackim.

Hidroterapia. Gimnastyka lecznicza. Masaż. Elektroterapia Kąpiele elektryczne dwukomórkowe. Leczenie dyetetyczne i terenowe. Znakomite powietrze górskie i leśne. Nowo zbudowany, z komfortem urządzony dom mieszkalny z centralnem ogrzewaniem parą.

Ceny umiarkowane. Prospekty darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący
Dr. Ludwik Schweinburg,
81—10—4 długoletni pierwszy asystent Prof. Winternitza w Wiedniu i w Kaltenleutgeben.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra CHRAMCA

w Zakopanem w Tatrach polskich

otwarty cały rok.

Za 4 złr. dziennie dla jednej osoby pokój kompletnie urządzony z pościelą, bardzo dobry wikt, kąpiele, leczenie, usługa, słowem wszystko.

100—12—4

C. K.

ZAKŁAD KROWIANKOWY

w Wiedniu, VIII., Laudongasse 12.

rozsyła codziennie krowiankę urzędownie wypróbowaną składu wybornego po cenach następujących:

Ilość	dla osób	koron
0·05 grm	5	0·60
0·10 „	10	1
0·50 „	50	4·50
1·00 „	100	8

105—3—2

Przy odbiorze ponad 20 grm. oblicza się gram po 6 koron.

RABKA

najsilniejsza solanka jod i brom zawierająca, tuż przy stacyi kolei tejże nazwy, wśród pysznych gór położona, 3½ godziny jazdy z Krakowa.

Łazienki znacznym nakładem zupełnie przebudowane i odpowiednio wszelkim wymaganiom komfortu i higieny urządzone, źródła uporządkowane, mieszkania odnowione, wszelkie wygody. — Ceny umiarkowane.

Sezon rozpoczyna się 1. Czerwca.

Wszelkich żądanych wyjaśnień udziela i zamówienia na mieszkania przyjmuje

Zarząd Zakładu zdrojowego

86—6—6 ***Dr. Kazimierz Kaden.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 1. Czerwca 1895 r. Nr. 22.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, [illegible]

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Zastosowanie formaldehidu w dentystyce.

Podał
Dr. W. Łepkowski,
b. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Jak widzimy z warunków podanych przez Millera, dwaj główni nieprzyjaciele mikroorganizmów nie nadają się do leczenia zębów o pulpie obumarłej, zapalnie zmienionej, lub do odwietrzania pustych przewodów zębowych. Karbol zgęszczony nie przenika tkanek tak szybko, tworząc ze skrzepłego białka nieprzebytą dla siebie zaporę, dalej jest niebezpiecznym w przypadkach zetknięcia się z błoną śluzową a prócz tego z czasem znika zupełnie z przewodu. Sublimat przenika szybciej, co prawda, drażni jednak okostną, zabarwia ząb na czarno, jest silną trucizną; więc także odpaść musi.

Inne antyseptyki same się wyrugowały, działając za słabo lub nie nadając się do ust ze względu na swoją woń, lub działanie na błony śluzowe. Niszczenie treści przewodu zębowego rozżarzoną platyną Paquelina, lub galwanokauterem nie jest bynajmniej obojętne dla pozostającej korony i otaczających tkanek. Dotychczas istotnie nie było środka, któregoby w tym dziale dentystyki bez żadnej strony niekorzystnej można było użyć skutecznie.

Kiedy obecnie wprowadzono w zastosowanie dla konserwowania preparatów anatomicznych formaldehid i zewsząd ukazują się prace nad tym przetworem, jako dzielnym antyseptykiem, który zdaniem Trillata mocą swoją przewyższa sublimat, myśl zastosowania go w dentystyce nie wydała mi się niedorzeczną. I kiedy właśnie w numerze 14. *Przegl. lek.* z b. r. Dr. W. Wehr ogłosił swój wykład o formaldehidzie, już miałem kilkanaście przypadków leczenia zębów za pomocą tegoż przetworu. Idąc za doświadczeniami Hausera, który osady mikroorganizmów dla demonstracyi ustalał w rurce probierczej kilku kroplami aldehidu mrówkowego a raczej jego parami, pomyślałem sobie, że taką rurką będzie z pewnością ząb wypróchniały ze zniszczoną pulpą lub resztkami po niej. Tu wprawdzie może być mowa o wessaniu przez otwór szczytowy, lecz jeśli w tej dziurawej niby rurce probierczej, ustali się cała jej treść i martwą uczyni przez formalinę, następnie zaś szczelnie wypełni, to chyba sprawa chorobotwórcza powstrzymaną zostanie w zupełności. Za użyciem formaldehidu przemawiają warunki podane przez prof. Millera: Po pierwsze przenika bardzo dokładnie i szybko, po drugie w ilościach tak małych, jakich potrzeba do zęba, nie działa absolutnie trująco, po trzecie na błony śluzowe jamy ust nawet w roztworach zgęszczonych nie działa w tym stopniu, co karbol, gdyż prócz pieczenia i powierzchownego zniszczenia przyskórka nie wywołuje owrzodzeń, które powstają po kwasie karbolowym; po czwarte formaldehid konserwuje tkanki nawet miękkie, nie zmieniając ich barwy tak dalece, aby można przypuszczać, że barwa zęba jakiej wybitniejszej ulegnie zmianie. Jak się dowiaduję z pracy Dra Wehra, Trillat uważa za najlepszy sposób konserwowania preparatów anatomicznych formaldehid i twierdzi, że najodpowiedniej jest przechowywać je w szczelnie zamkniętych naczyniach, na których dnie znajduje się 2% metanal a więc wystarcza li tylko działanie wilgotnej pary formolu dla zupełnej konserwacyi.

Z pewnością formaldehid w krótkim czasie wejdzie do chirurgii, o czem zresztą pisał Gaylord, używając formaldehidu do leczenia szankrów miękkich. Zarzuty, które mu obecnie robią, t. j. że wywołuje pieczenie i rumień skóry, może dadzą się usunąć przez osłabienie roztworu, dodanie

środków znieczulających i t. p. W dentystyce nie miałem wcale o te niekorzystne strony aldehidu mrówkowego obawy a zachęciwszy się preparatami nim ustalonymi, zacząłem go stósować.

Wszystkich przypadków tą metodą traktowanych nie mam więcej dotychczas, niż z górą 100, a brak zupełny rezultatów niekorzystnych zachęca mię w zupełności do ogłoszenia tego nowego postępowania. Sto zębów leczonych tą metodą absolutnie nie może być liczba, na którejby się z całą pewnością opierać można; zważywszy jednak nadzwyczajne działanie formaldehidu przy zębach, sam przed sobą z tak wczesnego ogłoszenia usprawiedliwić się muszę. Między tymi przypadkami, które leczyłem za pomocą formaldehidu, wiele było takich, gdzie zrozpaczony stan, kilkakrotne przebycie zapalenia okostnej i cuchnąca miazga w jamie zębowej zachęcały do wyrwania.

Zanim przystąpię do opisu bardzo zresztą prostego sposobu stosowania formaliny, nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę na kilka spostrzeżeń podczas leczenia tym przetworem zrobionych. Mając właśnie do rozporządzenia materyał złożony z kilku bardzo zniszczonych zębów trzonowych, które śmiało bez żadnego skrupułu nie wahałem wystawić się na próbę, używałem formaliny nawet tam, gdzie wprost wątpiłem o jej skuteczności. Przed czterema tygodniami zgłosiła się chora pna J. G. z rozpoczynającem się zapaleniem zęba dwuguzikowego drugiego strony lewej na dole. Ząb do połowy zniszczony, z jamy wydobywa się treść cuchnąca, poniżej zgrubienie, każde poruszenie nadzwyczaj bolesne. Po zewnętrznem oczyszczeniu jamy wprowadziłem nie czyszcząc wcale przewodu watę napojoną formaliną i zaplombowałem na stałe cementem. W kilka godzin ustąpiła bolesność. W parę dni chora zgłosiła się na moje życzenie powtórnie, z oświadczeniem, że ząb zupełnie nie boli, że gryzie na niego i że guzek zmalał, co istotnie stwierdziłem. Drugi przypadek zupełnie analogiczny tyczy się lekarza S. K., który dlatego nadmieniam, że i chory i ja patrzyliśmy na to ze stanowiska zawodowego. Przytaczać historye chorób 100 przypadków każdego z osobna sądzę, że absolutnie nie potrzeba, zakrawałoby to chyba na chęć zrobienia olbrzymiego artykułu, czego każdy z piszących, sumiennie powinien się wystrzegać. Poprzestanę więc na krótkiej wzmiance, że stosowałem formalinę:

1) W ostrej *pulpitis*, gdzie po zaplombowaniu na stałe, na jednem posiedzeniu, w kilka godzin ustawały bóle.

2) Po wyjęciu zdrowej pulpy.

3) Przy rozpoczynającem się zapaleniu okostnej.

4) Tam, gdzie miąższ zęba przemienił się w zgniłą i cuchnącą masę, nawet w przypadkach, gdzie okostna kilkakroć poprzednio ulegała zapalnym objawom.

5) Jako środek leczniczy przed plombowaniem korzeni lub zakładaniem zębów ćwieczkowych.

Sposób, w jaki stósuję formaldehid, jest następujący:

Po dokładnem oczyszczeniu jamy zęba i wydobyciu z przewodu zębowego tego, co się da, nie troszcząc się wcale o resztę jego treści, na cienkich igiełkach wprowadzam watę napojoną formaliną, wymywszy nią poprzednio całą jamę. Sterczącą z otworu wilgotną watę przykrywam listkiem cynfolii dla odcięcia wilgoci i wypełniam na stałe cementem, amalgamami lub wreszcie złotem, na temże samem posiedzeniu. Jeżeli miąższ pulpy nie był jeszcze zupełnie zniszczony i w końcu korzenia część zdrowa a więc bolesna jeszcze się znajduje, po wprowadzeniu formaldehidu występuje niezbyt silny ból trwający kilka godzin i niknący bezpowrotnie. Mając do czynienia ze zdrową zupełnie pulpą, którą usunąć trzeba, czynię to jednorazowo za pomocą kokainy, jak to opisałem w zeszłym roku [1]). Kokaina w roztworach formaldehidu rozpuszcza się łatwo, jednak nie głuszy zupełnie bólu, jaki sprawia tenże w zetknięciu ze zdrową pulpą. Formaldehid wprost na zdrową pulpę zastosowany zabija ją w zupełności, wywołując ból w każdym razie nie większy, niż przy paście arszenikalnej bez kokainy a ma tę wyższość nad nią, że pozwala ząb zaraz wypełnić na stałe, bez usuwania treści przewodu.

Mam zupełną nadzieję, wnosząc z otrzymanych rezultatów, że z czasem rozszerzy się działanie formaldehidu w dentystyce; może da się użyć do leczenia przetok kostnych na dziąsłach z zapalenia okostnej powstałych, jak również w chirurgii do leczenia małych przetok kostnych gruźliczych.

Jak każdy nowy środek antyseptyczny, tak pewno i formaldehid przejdzie fazy okładów, maści, wstrzykiwań i t. p. Stósowanie jego musi jednak poprzednio uledz pewnym modyfikacyom, gdy tak, jak go używam w dentystyce t. j. 40% roztwór, który znajduje się w handlu nie da się zastósować do opatrywania ran.

Stosując formaldehid od dwóch zaledwie miesięcy bez najmniejszych rezultatów niekorzystnych, nie znam jego przyszłości w zębach, gdzie go złożyłem. Jak dotąd chorzy, którzy go już mają po 5 do 10 tygodni na nic się nie skarżą a umyślnie większą ich część badałem powtórnie. Pytanie, czy sprawa przez formalinę powstrzymana kiedy się jeszcze nie odezwie, jest jedyną moją obawą. Myślę jednak, że jeżeli pary 2% a nawet roztwory 1‰ tego przetworu wystarczają do przechowywania ogromnych nieraz preparatów anatomicznych, to 40% formaldehid na wacie wprowadzony ustali w zupełności to, co zostało w przewodzie zębowym a reszty dokona szczelne wypełnienie jamy dokładnie oczyszczonej. Mając niepłonną nadzieję, że nowa ta metoda i nadal mię nie zawiedzie, oddaję ją do prób wszystkim kolegom, przyrzekając ogłoszenie dalszych doświadczeń i spostrzeżeń w tym względzie.

II. Śmierć z otrucia karbolem po obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryusz szpitala powszechnego w Białej.

W dniu 21. Kwietnia 1895 r. umarł 10-dniowy Ernest R., który aż do rytualnego obrzezania w dniu 19. Kwietnia był zupełnie zdrów. Po obrzezaniu obwiązano prącie watą maczaną w rozcieńczonym kwasie karbolowym (5%?). Akuszerka, która przy ceremonii obrzezania nie była obecna, z polecenia operatora obwijała prącie w dniu 20. Kwietnia rano i wieczór watą maczaną w 5% roztworze karbolowym. Stopień rozcieńczenia płynu stósowanego przez akuszerkę jest pewnym. Już po pierwszem obwiązaniu miała akuszerka zauważyć, że pieluszki były powalane jakąś cieczą czarną i o tem mówiła matce dziecięcia. Wezwana do dziecka w dniu 21. Kwietnia o godzinie 6-tej rano spostrzegła, iż dziecię było całkiem sine, co poprzedniego dnia widoczne było na nóż-

[1]) *Nowiny lekarskie* Nr. 1. i 2. 1894.

kach. Wtedy jednak sądziła, iż to pochodzi tylko z silnego obwinięcia. Około godziny 7-mej rano tegoż samego dnia wezwano lekarza, któremu zaraz wpadło w oczy ciemno-fioletowe zabarwienie skóry i błon śluzowych. Oglądając prącie nie zastał już waty z karbolem, lecz szmatki pomazane maścią białą. Podczas badania oddało dziecię przypadkowo mocz ciemno-zielonawy. To, jako też powtórne badanie później, zrobiło na nim wrażenie, że zachodzi przypadek zatrucia karbolowego, kazał podawać wino i siarkan sodowy (*natr. sulfuricum* 5: 100). Ciepłota ciała nieco podwyższona (38·5° C.) podniosła się przed śmiercią do 40·0° C., tętno przyspieszone, drgawki kloniczne rączek i nóżek, częściowy szczękościsk i wielki niepokój z zachowaniem przytomności i wśród takich to objawów dziecię umarło tegoż dnia, to jest 21. Kwietnia o godzinie 1-szej po południu.

Wobec takiego wyniku nabrał lekarz uzasadnionego podejrzenia, iż śmierć nastąpiła z powodu otrucia karbolem i doniósł o tem c. k. Sądowi powiatowemu, który zarządził sekcyę sądowo lekarską.

Zwłoki na 52 cm. długie, obwód czaszki 34½ cm Skóra czaszki pokryta krótkim włosem barwy blond. Cała powierzchnia ciała brudno-sinawo zabarwiona, pokryta drobnymi pęcherzykami jasnymi, wielkości drobnych ziarnek prosa. Na pępku widać ślady krwi. Prącie pokryte jest płatkami płóciennymi, posmarowanymi maścią białawą a po usunięciu płatków widać na końcu napletka zaschły, ciemny strup, obrączkowato okrążający główkę prącia tuż koło rowka. Uszy, nos i usta dobrze rozwinięte nie zawierają treści obcej; paznogcie u palców rąk i stóp dobrze rozwinięte sięgają do końców palców. Zresztą nie widać zewnętrznie żadnych zmian.

Po otwarciu jamy czaszkowej znaleziono mocno nastrzykane żyły na oponach, zawierające gęstą ciemno-czerwoną krew, szczególniej na oponach móżdżku. Wyglądało to jak preparat anatomiczny.

Krtań, tchawica i połyk wolne. W jamach opłucnowych bardzo mała ilość płynu. Grasica nie okazuje zmian.

Opłucna płucna marmurkowa, pokryta drobnemi ciemnemi plamkami, jakby maczkiem; plamki te ponad szczytami grupują się na kształt gronek, zresztą rozsiane są po całej powierzchni płuca, na opłucnej żebrowej zaś ich nie ma. Na przekroju widać, iż plamki te sięgają nieco w miąższ płuca, szczególniej na szczytach. Żyły płucne są rozszerzone i zawierają krew ciemną, gęstą.

W osierdziu bardzo mało płynu. Serce skurczone, żyły rozszerzone zawierają krew ciemną, gęstą. Mięsień sercowy gruby, w sercu i komórkach ciemne, niemal czarne skrzepy krwi.

Na powierzchni wątroby widać nieregularne plamy żółtawe a na przekroju również żółte plamy.

Śledziona zbita twarda na przekroju ciemno-czekoladowa.

Nerki groniaste; torebka z nich schodzi gładko a na przekroju widać niektóre piramidy znacznie przekrwione.

Po otwarciu pęcherza moczowego usiłowano wydobyć i zachować nieco moczu, lecz zastano tylko kilka kropel barwy ciemno-zielonkowatej przylegających do ściany pęcherza. Na błonie śluzowej liczne, drobne wynaczynionki gwiazdkowate.

W żołądku znaleziono nieco treści żółtawej; błona śluzowa nie okazuje żadnych zmian.

Naczynia kreskowe nieco nastrzykane; jelita i kiszki zawierają mało treści.

Trzustka nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Brzeg napletka przecięto i przekonano się, iż na około rowka żołędziowego idzie powierzchnia ranna o brzegach gładkich.

Kwas karbolowy bywa jeszcze obficie stosowanym, jakkolwiek już niejednokrotnie zgubne skutki jego doszły do wiadomości ogółu. Pomijam tutaj zupełnie zabójczy wpływ karbolu jużto rozmyślnie, jużto przypadkowo zażytego wewnętrznie. W tych razach nietylko osoba, która karbol wypiła, doznaje zatrucia ale i płodowi kobiety ciężarnej bardzo rychło udziela się trucizna. I tak n. p. opisuje Schleicher przypadek, gdzie rodząca przez pomyłkę wypiła około 40 cm. 90% karbolu. Dziecię wydobyte w siedm kwadransy później umarło w 24 godzin wśród objawów otrucia karbolowego, matka zaś umarła z otrucia szóstego dnia (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1890. Nr. 1).

Nieco obszerniej zastanowię się nad skutkami złymi karbolu w praktyce chirurgicznej. Wiadomem to jest z praktyki codziennej, iż częstokroć skóra źle znosi nawet słabe rozczyny kwasu karbolowego. Występują po nim nietylko uporczywe wypryski, ale nawet zgorzel. Chcąc docieć przyczyny tego, czynił doświadczenia A. Frankenburger i udowodnił, że długotrwałe okłady słabych rozczynów (3—2%) szczególniej na obwodowe części ciała n. p. palce wywołują zaburzenia w odżywianiu skóry a nawet i kości w postaci suchej zgorzeli. Doświadczenia autora wykazują, iż przyczyną tego jest niszczący wpływ karbolu na czerwone i białe ciałka krwi, w skutek czego następują zatory nawet w większych żyłach i tętnicach po części mechanicznie, po części działaniem chemicznem. W skutek tego cierpi z jednej strony odżywianie właściwej części ciała a wydzielenie szkodliwych istot bywa utrudnionem. Maceracya przyskórka pod wpływem karbolu ułatwia parowanie tak, że następuje sucha zgorzel (mumifikacya). Frankenburger odradza przeto stosowania okładów karbolowych i radzi, aby zakazano sprzedaży wody karbolowej (*Inaugural-Dissertation. Erlangen* 1891).

Przypadki zgorzeli karbolowej sam już kilkakrotnie obserwowałem, w skutek czego doszło do amputacyi lub wyłuszczenia członków a opisane w literaturze przypadki nie są rzadkie.

Również znane są przypadki, gdzie w skutek wessania karbolu z powierzchni rannych nastąpiły przypady zatrucia. I tak opisuje n. p. Sykowski przypadek zatrucia karbolowego po przepłukiwaniu pochwy dwuprocentowym rozczynem karbolu, który zakończył się pomyślnie (*Gazeta lekarska* 1894. Nr. 42). Simon opisuje przypadek, gdzie u dziecięcia 22 miesięcznego nastąpiły przypady zatrucia, jako to niepokój, wymioty, ciemny mocz w skutek opatrywania watą karbolową owrzodzenia na szyi na 5—6 cm. długiego. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance* 1887. Nr. 3). Richman opisuje przypadek następujący: Dziecię siedmiomiesięczne oparzyło sobie rączkę i nóżkę gorącą kawą a ranę opatrzono mieszanką z równej części oliwy i kabolu 95%, przyczem użyto około 15 gramów karbolu. Po dwóch godzinach już były przypady zatrucia a w 30 godzin później dziecię umarło (*New York med journal* 1889. Nr. 30). Rosenblatt również opisuje przypadek zatrucia karbolowego, pomyślnie zakończony, po jednorazowem opatrzeniu dziecięcia pięciotygodniowego. (*Przegląd lekarski* str. 359).

Z tych kilku przypadków już widać, jak ostrożnym być trzeba w stosowaniu karbolu w ogólności a u drobnych dzieci w szczególności. Łatwo się także pojmie opisany przezemnie przypadek otrucia, który nie jest odosobnionym. Podobny przypadek opisał Meltzer, gdzie śmierć nastąpiła w skutek okładów 4% rozczynem karbolu, który odnawiano co dwie godziny po obrzezaniu rytualnem. Zejście śmiertelne nastąpiło po trzech dniach z przypadami sinicy twarzy i błon śluzowych, moczem atramentowym (*Medic. Monatschrift.* New York 1889. April).

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że śmierć w opisanym przypadku nastąpiła w skutek okładów karbolowych. Dziecię do obrzezania zupełnie zdrowe, po okładach karbolowych rozchorowało się a przebieg choroby opisany przez pielęgnującą akuszerkę i lekarza nie pozostawia żadnej wątpliwości, protokół sekcyjny zaś w zupełności potwierdził rozpoznanie za życia uczynione. Zabiegi lecznicze, które przy otruciach przez wypicie karbolu skutkują, w tym przypadku były płonne. Te i tym podobne przypadki powinny atoli służyć za naukę, jak ostrożnym trzeba być w stosowaniu karbolu. Niestety sami lekarze popełniają jeszcze ten błąd, iż roztwory karbolowe chorym przepisują do dowolnego użytku a nawet niejednokrotnie widziałem, jak choremu zapisywano po 50—100 gramów zgęszczonego kwasu karbolowego z poleceniem, aby sobie sam przygotowywał odpowiednie roztwory. Jednakże i przepisu nie potrzebuje chory chcący zaopatrzyć się w karbol, bo go w aptece w dowolnej dostanie ilości a władze sanitarne akuszerkom wprost zalecają używanie karbolu.

Może to pozostanie głosem wołającego na puszczy, jeżeli w tem miejscu ponowię wniosek, aby karbol usunięto z sprzedaży odręcznej, ale koledzy przynajmniej, do których wiadomości dojdzie nowy ten a smutny przypadek, nie zaniechają pouczenia publiczności o częstokroć groźnych skutkach kwasu karbolowego.

III. Nowy cewnik do przepłukiwania jamy macicy.

Podał

Dr. Franciszek Kośmiński.

Wszystkie cewniki służące do przepłukiwania jamy macicy są sporządzone według jednej z następujących trzech zasad. Albo mamy dwie rurki, jedną dla przypływu a drugą dla odpływu płynu antyseptycznego, jak w powszechnie używanym cewniku Bozemanna, ulepszonym przez Fritscha. Albo mamy tylko jedną rurkę do przypływu płynu a do odpływu służy kilka mniejszych, płytszych, lub jeden większy i głębszy rowek wzdłuż całego przebiegu cewnika na powierzchni jego zewnętrznej, jak n. p. w cewniku Weinholda. Albo też mamy dwie lub więcej rurek, służących do przypływu, odpływ zaś płynu z jamy macicy odbywa się pomiędzy ramionami rurek, jak n. p. w cewniku Boryssowicza. Cewniki na pierwszej zasadzie polegające są bardzo trudne do oczyszczenia a z powodu ustawicznego rozkręcania i składania łatwo się psują, w cewnikach zaś drugiego rodzaju odpływ płynu nie jest dostatecznie zabezpieczonym; niedogodności tych nie mają tylko cewniki sporządzone tak, że odpływ odbywa się pomiędzy ramionami rurek płyn doprowadzających.

Dobry cewnik do przepłukiwania jamy macicy powinien być przedewszystkiem narzędziem jak najprostszem, bez żadnych śrubek i gwintów a to dla jak najłatwiejszego czyszczenia, dalej odpływ płynu z jamy macicy powinien być jak najbardziej ułatwiony a więc przewód odprowadzający musi być szeroki, któryby nie prędko mógł się zatkać, wreszcie podczas przepłukiwania powinna jak największa powierzchnia jamy macicy być równocześnie na działanie płynu wystawioną.

Mając te uwagi na względzie, poleciłem sporządzić cewnik następujący:

Trzy rurki metalowe, każda o $2^1/_2$ do 3 milimetrów średnicy, są ze sobą razem zanitowane i zespojone w *A*. tak, aby rurki te jedna względem drugiej biegły obok siebie nieco rozbieżnie aż do punktu *B*, w którym zaginają się na wewnątrz i biegną ku sobie zbieżnie aż do *C*. Od miejsca *C* rurki te odginają się w kierunku równoległym do siebie i w tem położeniu idą aż do końca cewnika, to jest do punktu *D*, w którym trzy te rurki drugi raz ze sobą są zespojone. Największe oddalenie rurek od siebie jest w punkcie *B* i wynosi około 1 cm. Cały ten cewnik jest podwójnie zagięty, stosownie do wygięcia miednicowego zupełnie tak samo, jak cewnik Bozemanna, skutkiem czego dwie dolne rurki znajdują się w jednej płaszczyźnie, trzecia zaś nad niemi i w pośrodku. Począwszy od punktu *A*, każda rurka jest opatrzona kilkoma, zwykle trzema lub czterema otworkami w odstępach 8 do 10 milimetrów. Rurki przebiegające w jednej płaszczyźnie a więc dolne, mają otworki zwrócone ku górze i nieco na zewnątrz, rurka zaś górna ma otworki zwrócone prostopadle ku dołowi. Długość całego cewnika od *A* do *D* wynosi około 25 centymetrów, od *A* do *B* zaś mniej, niż połowę, czyli około 12 cm. Jeżeli za pomocą rurki kauczukowej połączy się cewnik w miejscu *D* z irrygatorem, to ciecz płynąc przez wszystkie rurki, wypływać będzie z pewną siłą przez otworki na końcu cewnika się znajdujące, tworząc 9 lub 12 promieni, stosownie do liczby otworów. Po wprowadzeniu cewnika do jamy macicy 6 lub 8 promieni płynu zadziała na przednią ścianę jamy macicy a 3 lub 4 na ścianę tylną; robiąc zaś cewnikiem ćwierć obrotu w jedną a następnie w drugą stronę wzdłuż osi podłużnej cewnika, zadziałamy z wszelką pewnością na całą powierzchnię jamy macicy. Płyn odpływa bardzo łatwo pomiędzy ramionami, to jest pomiędzy rurkami, które skutkiem rozbieżnego względem siebie ustawienia działają równocześnie jako rozszerzadło na szyjkę macicy.



$^1/_2$ naturalnej wielkości.

Aby cewnik ten należycie działał, musi być suma przekrojów światła tych trzech rurek kilka razy mniejszą od przestrzeni, jaką zajmują rurki te pomiędzy sobą, czyli musi być kilka razy mniejszą od przestrzeni, która ma płyn odprowadzać; w ten sposób nawet pomimo silnego prądu, z jakim płyn może się do jamy macicy dostawać, ciśnienie wewnątrz macicy podnieść się nie może. Aby zaś płyn wypływał z rurek z dostateczną i równą siłą przez wszystkie otwory, musi być suma przekroju wszystkich otworków jednej rurki znacznie mniejszą od przekroju światła tejże rurki.

Używając od dłuższego czasu do przepłukiwania macicy cewnika powyż opisanego i porównywając go z innymi, przekonałem się, iż przepłukuje jamę najlepiej z dotychczas używanych, posiadając zaś przymioty dobrego cewnika macicznego, zasługuje na polecenie.

Przedewszystkiem jest narzędziem prostem, łatwo dającem się oczyścić. Rurki wewnątrz nie potrzebują czyszczenia, gdyż stykają się jedynie tylko z płynem antyseptycznym,

zewnętrzna zaś gładka powierzchnia rurek łatwo się daje oczyścić, gdyż i od miejsca *C* aż do *D* rurki te nieco giętkie i elastyczne dają się oddalić od siebie. Odpływ z macicy skutkiem działania cewnika rozszerzającego szyjkę macicy jest bardzo dobry, działając zaś trzema szeregami kilku promieni płynu antyseptycznego na ściany macicy, działa równocześnie na bardzo znaczną powierzchnię.

Do przepłukiwania macicy połogowej zalecić mogę taki sam cewnik, tylko znacznie większy, z wielkiem wygięciem miednicowem, sporządzony z rurek o przekroju 4 do $4^1/_2$ milimetrów, o ścianach grubszych, z których każda rurka jest opatrzoną 6-ciu otworkami do wypływu cieczy. Największe oddalenie rurek od siebie w miejscu *B* wynosi 2 do $2^1/_2$ centymetrów. Za pomocą tego cewnika możemy równocześnie na dwie ściany macicy zadziałać energicznie 18-tu promieniami płynu bez obawy o podniesienie się ciśnienia wewnątrz macicy.

Aby rurki względem siebie położenia zmienić nie mogły i nie przesuwały się, coby mogło stać się najprędzej w miejscu *C*, można umieścić ruchomy pierścień *E* między *D* a *C*, łatwo przesuwalny, który podczas przepłukiwania należy przesunąć do miejsca *C*, w celu zaś łatwiejszego czyszczenia odsunąć do miejsca *D* a więc na koniec cewnika [1]).

Zasada cewnika tego, to jest użycie trzech rurek do przypływu płynu, jest ta sama, co w cewniku podanym przez Webera *(Centralblatt f. Gynäkolog.* Nr. 27. 1891). Różnica polega na użyciu trzech rurek przez całą długość cewnika, na innem wygięciu miednicowem, na więcej rozbieżnem rozstawieniu trzech rurek, szczególniej na końcu cewnika i na innem rozmieszczeniu otworów, służących do wypływu płynu z rurek.

[1]) Cewniki takie wyrabia Knapiński w Krakowie.

IV. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Skreśliwszy w ogólnych zarysach to, co nazywamy drżeniem oczu, chciałbym teraz zastanowić się nad rozmaitymi jego rodzajami ze stanowiska etyologicznego, gdyż każdy z nich, stosownie do przyczyny, inne mieć może znaczenie, prognozę a nawet terapię; zrozumieć bowiem łatwo, że inną wagę będziemy przywiązywali do drżenia oczu, jako jednego z objawów n. p. *sclerosis multiplex*, aniżeli gdy ono będzie jedynem zboczeniem u zdrowego zresztą górnika, lub u dziecka dotkniętego zmianami w oku wzrok upośledzającemi. Ponieważ więc przyczyny drżenia oczu mogą być rozmaite, dlatego najlepiej podzielić je sobie na trzy grupy. Pierwszą stanowi drżenie występujące jako objaw zboczeń w układzie nerwowym, drugą powstające z przyczyn optycznych, trzecią drżenie óczu u górników.

Przejdźmy je po kolei.

Dawno już zauważono, że drżenie óczu można wywołać doświadczalnie na zwierzętach przez drażnienie różnych części mózgu.

Z pośród wielu przykładów przytoczę tylko niektóre:

F e r r i e r widział przy drażnieniu móżdżku małp prądem elektrycznym zaraz po przyłożeniu elektrod występujące dość silne drżenie.

P i e t r o R e n z i wywoływał również drżenie ócz przez drażnienie prądem móżdżku u zwierząt.

H i t z i g wspomina o drżeniu, które występowało, jeżeli przepuszczał prąd stały przez potylicę, lub po wycięciu *flocculus*.

W doświadczeniach S c h w a h n a powstawało drżenie w chwili nacięcia *lobus posterior*, lub jeśli zostało choćby powierzchownie zadraśnięte *corpus restiforme* nieco powyżej *calamus scriptorius*.

S c h i f f widział po przecięciu bocznych części móżdżku drżenie kołowe na oku odpowiadającem stronie zranionej.

U H e r t w i g a powstawał *nystagmus* po przecięciu jednej połowy *pons Varoli* prostopadle do przebiegu włókien.

V u l p i a n widział go w każdym przypadku, gdy dno czwartej komory zostało zranione.

D u r e t podobnież zauważył drżenie ócz zawsze, gdy sonda wprowadzona do wodociągu Sylwiusa dotknęła się dolnego końca tegoż kanału. Z doświadczeniami powyższemi zgadzają się przypadki urazowe u człowieka spostrzegane.

G a d a u d opisał przypadek drżenia ócz, który powstał po upadku na głowę, sekcya wykazała przedarcie prawego *corpus restiforme*.

To samo było w przypadku W a t e r s a [4]): po uderzeniu drzewem w głowę wystąpił *nystagmus*, sekcya wykazała pęknięcie *corpus restiforme dextrum*.

N a g e l opisał przypadek drżenia ócz po złamaniu kości czołowej po stronie prawej, a C o h n [5]) po wystrzale w prawą kość skroniową.

L u g s [6]) podaje przypadek, w którym nowotwór uciskał móżdżek i most Warola.

M o h r [7]) widział drżenie ócz po napadzie apoplektycznym; tu krwotok wywierał ucisk od dołu na most Warola i móżdżek.

Dalej opisali przypadki drżenia ócz wobec zmian patologicznych w móżdżku S t e i n m a n n [8]) i E v a l d [9]), oraz G o r d o n N o r r i e.

Prócz tego występuje też czasem *nystagmus* jako objaw przemijający przy drażnieniu obwodowych zakończeń nerwowych n. p. w uchu.

B a g i ń s k i wywoływał drżenie ócz u królików przez wstrzykiwanie wody do jamy bębenkowej.

K i p p widział u ludzi 3 przypadki drżenia ócz przy ropnem zapaleniu ucha środkowego.

S c h w a b o c h wywoływał *nystagmus* przez ucisk na obrzmiałe ucho.

P f l ü g e r widział drżenie ócz powstające zawsze, ile razy w celu oddalenia polipu z ucha uchwycił go szczypczykami.

M. C o h n [10]) wspomina o czterech przypadkach drżenia ócz powstającego wskutek drażnienia głębszych części chorego ucha. W przypadkach tych drżenie było zawsze obu-

[4]) Schmidt's Jahrb. 1864. p. 300.
[5]) Schussverletzungen des Augen.
[6]) Schmidt's Jahrb. 1868. p. 45.
[7]) Schmidt's Jahrb. 1891. p. 331.
[8]) Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XIII.
[9]) Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XIX.
[10]) Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 4.

stronne najczęściej poziome a występowało w postaci krótkich napadów.

Również Rahlmann, Ferrier, Metras, Gałęzowski i Schmidt Rimpler przytaczają podobne przykłady drżenia wywołanego drażnieniem zakończeń n. troistego a ciekawy przypadek opisał Zehender, w którym drżenie ócz powstało u 12-letniego chłopczyka po zapuszczeniu do oka zgęszczonego rozczynu eseryny (zadrażnienie n. troistego).

Widzimy więc, że drżenie ócz wywołać można przez drażnienie czy to elektryczne, czy mechaniczne różnych części móżdżku, dna czwartej komórki, wodociągu Sylwiusa a także tych części, w których przebiegają drogi dośrodkowe, jak *corpus restiforme*, *crus cerebelli ad pontem*, lub przez mocne zadrażnienie zakończeń nerwów dośrodkowych. Przypadki takie tłómaczy Wilbrand, który wiele w tym przedmiocie pracował w następujący sposób, przytaczam jego własne słowa: „*Unausgesetzt werden dem Kleinhirn Erregungen von der Haut, theils durch den Temperatursinn, theils durch den Tastsinn zugeführt, welche in diesem Centrum reflektorisch auf die Augenbewegungen wirken. Wir sehen, wie durch eine Steigerung dieser Erregungszufuhr, oder einen plötzlichen Ausfall derselben das Gleichgewichtsverhältnis der einzelnen Kleinhirncentren gestört und Nystagmus hervorgerufen wird.*"

W patologii układu nerwowego znajdziemy dalej szereg chorób, w których przebiegu drżenie ócz częściej lub rzadziej się pojawia.

Najczęściej spotkać można drżenie ócz w *sclerosis multiplex*, gdzie należy do wybitnych objawów a tłómaczyć je należy już to zniszczeniem pewnych ośrodków, już też przerwaniem lub rozchodzeniem dróg dośrodkowych przez zmiany anatomiczne, stanowiące istotę *sclerosis*.

Knies n. p. mówi: „*Wahrscheinlich bedingen hier sclerotische Herde in der Nachbarschaft der Muskelkerne (daher auch häufig nucleäre Lähmungen) die Bewegungsstörung. In solchen Herden sind die Nervenfasern nicht unterbrochen, sondern nur ihrer Markhülle beraubt, dadurch ist die Leitung nicht völlig aufgehoben, sondern lediglich erschwert. In Folge davon werden die motorischen Rindenimpulse zu den Augenmuskelkernen mehr oder weniger erheblich abgeschwächt; es tritt keine vollständige Rindenlähmung ein, sondern nur Schüttellähmung*".

W innych cierpieniach układu nerwowego nie należy już drżenie ócz do objawów typowych, nie brak jednak spostrzeżeń pod tym względem, dlatego też przytoczę te choroby, w których je widziano.

Paralysis agitans. Jakkolwiek *nystagmus* jest bardzo rzadkim, w jednym przypadku obserwował go Wite.

Encephalitis diffusa. Nystagmus względnie częsty.

Porencephalia. Nystagmus może wystąpić [11]) (Otto).

Paralysis bulbaris. Widziano kilkakrotnie drżenie ócz.

Chorea minor. Nystagmus bardzo rzadki. Mendel [12]) opisał 2 przypadki u dzieci.

Athetosis. Nystagmus widział Goldstein.

Pachymeningitis haemorrhagica interna. Fürstner zwraca uwagę, że nie rzadko występuje tutaj *nystagmus*.

Nieraz obserwowano go też w przypadkach *hydrocephalus chronicus* i *meningitis cerebro spinalis* (Leyden, Senator [13]).

Prócz tego spostrzegali drżenie ócz *Lepine* w niektórych przypadkach *ecchymosis subduralis* a Nothnagel w *thrombosis sinuum durae matris*.

Co do *tabes dorsualis* to zdania są podzielone; jedni zaprzeczają stanowczo do tego stopnia, że drżenie ócz uważają za objaw sprzeciwiający się rozpoznaniem *tabes*. Moebius n. p. pisze: *Soviel ich weiss, existirt kein einziger Fall echter Tabes (mit Sectionsbericht), in welchem Nystagmus bestanden hatte. Wenn in den Krankengeschichten von nystagmus gesprochen wird, so handelt es sich entweder um eine Verwechslung der Tabes mit multipler Sclerose, oder um eine Verwechslung des Nystagmus mit den sogen. nystagmusartigen Zuckungen angestrengter paretischer Augenmuskeln, welche natürlich bei tabischen Augenmuskelparesen so gut, wie bei anderen vorkommen. Damit will ich nicht sagen, dass das Vorkommen des Nystagmus bei Tabes unmöglich sei. Aber möglich ist Vieles.* Erb wyraża się podobnie: „*Bei der typischen Form der Tabes scheinen diese Störungen selten oder niemals vorzukommen*".

Inni autorowie jak n. p. Michel wcale o drżeniu ócz w *tabes* nie wspominają, lub jak Mauthner wyrażają się, że „ma występować", inni zaś, mianowicie neuropatologowie, przytaczają między objawami *tabes* dość często drżenie ócz. Sprzeczność ta pochodzi ztąd, że autorowie w opisach *tabes* mięszają zboczenie, które okuliści nazywają drżeniem ócz z innem. Jeżeli mianowicie każe się tabetykowi wykonywać szybkie ruchy oczyma, to pod koniec pojawiają się lekkie wahadłowe drgania gałek ocznych w kierunku poziomym. Pierwszy widział to Friedreich i nazwał *nystagmus*, tłómacząc objaw ten ataksyą mięśni ocznych. Tymczasem okuliści nazwę *nystagmus* nadają klonicznym kurczom mięśni ocznych, które nawet bez wykonywania poprzednio jakichkolwiek ruchów, przy patrzeniu w dal lub wpatrywaniu się spokojnem w jakiś przedmiot występują. „*Dieses Augenzittern* (mówi Berger) *ist bei Tabes sehr häufig*" — na 109 przypadków *tabes* widział je 103 razy. „*Viel seltener trifft man bei Tabes einen continuirlichen Nystagmus auch ohne vorhergegangene Augenbewegungen*".

Ataxia haereditaria. Tu *nystagmus* jest już częstszym objawem a występuje on przy wpatrywaniu się w przedmiot trzymany przed oczyma spokojnie, lub też poruszający się zwolna. Oprócz pierwszych przypadków Friedreicha, opisał Rütimeger [14]) 9 przypadków *ataxia haereditaria* z *nystaymus*. Charcot uważa nawet drżenie ócz w razach wątpliwego rozpoznania za ważny objaw odróżniający to cierpienie od *tabes*.

Wreszcie spotykano *nystagmus* w przypadkach *idiotismus* i *microcephalia*. Do tej grupy zaliczyćby jeszcze należało rzadko spostrzegane drżenie ócz w przypadkach zatrucia kokainą i santoniną (Michel), chronicznego zatrucia ołowiem, jakoteż w *alcoholismus chronicus*, w którem Uhthoff 2 razy na 1000 przypadków widział *nystagmus* a 13 razy drgania ócz do *nystagmus* podobne. (Ciąg dalszy nastąpi).

---

[11]) Arch. f. Psych. und Nerv. XVI. 215.
[12]) Arch. f. Psych. und Nerv. XX. 602.
[13]) Charité Ann. XI. p. 248.
[14]) Virchow's Arch. XCI. p. 106.

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Kahlden: **O działaniu surowicy przeciwbłoniczej na serce i nerki.**

Doświadczenia Rittera, który podwiązując królikom moczowody, wywoływał sztuczny białkomocz a potem, gdy po zwolnieniu podwiązki mocz wrócił do normy, zastrzykiwał zwierzętom surowicę przeciwbłoniczą i ponownie w moczu białko wykrywał, wyzyskane przez Hausemanna, jako dowód szkodliwości surowicy, nie przemawiały autorowi do przekonania, ponieważ nie przedstawiają żadnej analogii do spraw zapalnych, jakie rozwijają się w nerkach ludzkich w przebiegu błonicy i ponieważ nie ma dowodu, że nerki zwierzat do doświadczeń użytych przed wstrzyknięciem surowicy w zupełności powróciły do prawidłowego stanu.

Autor wstrzykiwał znaczne (do 16 cm.^{3}), w stosunku do wagi zwierzęcia dawki surowicy przeciwbłoniczej królikom i morskim świnkom, które po pewnym czasie zabijał. Nerki nie przedstawiały nigdy ani makroskopowo, ani mikroskopowo żadnych zmian chorobowych. Podobnież zupełnie normalnie przedstawiały się nerki i serca dwojga dzieci, leczonych surowicą.

Z licznych doświadczeń swoich, wnosi K., że na prawidłowe nerki królików i świnek morskich surowica przeciwbłonicza, nawet w bardzo znacznych dawkach, szkodliwie nie działa; nie można jednak stanowczo zaprzeczyć, że już istniejąca sprawa zapalna w nerkach po użyciu surowicy może się spotęgować w skutek n. p. szybszego i silniejszego wydzielania toksyn. Sprawę wyjaśnić mogą tylko liczniejsze niż dotąd spostrzeżenia kliniczne, połączone z badaniem anatomicznem nerek w każdym przypadku zejścia śmiertelnego. *(Centralblatt f. allg. Pathologie u. pathol. Anatomie* Tom IV. 1895. Nr. 3. i 4). *Ciechanowski.*

Bakteryologia.

Kotlar: **O wpływie przetworów trzustki na wzrost niektórych drobnoustrojów.**

Autor wykonał szereg doświadczeń ze spożywkami, do których dodawał świeżo sporządzonego wyciągu wodnego trzustki, pankreatyny Mercka lub wreszcie proszku trzustkowego Engessera. Na tak przyrządzonych podłożach szczepił: *bacterium coli*, przecinkowiec Kocha, prątek wąglikowy, gronkowiec złocisty i prątek tyfusu brzusznego. Doświadczenia te wykazały, że świeży wyciąg z trzustki, sporządzony na zimno, opóźnia rozwój drobnoustrojów; własność ta po zagotowaniu ginie, natomiast wtedy rosną drobnoustoje lepiej niż na zwykłych spożywkach. Nadto wykazał K., że przegotowany agar z dodatkiem 5% proszku trzustkowego może służyć do odróżnienia kultur prątka tyfusowego od *bacterium coli*, które na innych spożywkach rozwijają się podobnie. Mianowicie *bacterium coli* wytwarza na podanej przez K. spożywce błonkę fałdzistą, suchą, matową, natomiast prątek tyfusowy grubą, śmietankowatą błonę z tłustym połyskiem. *(Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde.* Tom XVII. 1895. Nr. 5 i 6). *Ciechanowski.*

Choroby wewnętrzne.

Eichhorst (w Zurychu): **O stosunku surowiczego zapalenia opłucny do gruźlicy** (z obrad jeneralnego zgromadzenia lekarzy szwajcarskich w Lozannie 4. Maja 1895).

W znacznej liczbie przypadków trzeba koniecznie widzieć pewien związek surowiczego zapalenia opłucny z gruźlicą; chorzy, którzy przebyli pierwsze, dostają później drugiej a Bass przekonał się, że z ludzi, którzy przebyli surowicze zapalenie opłucny, po 5 latach żyła zaledwie $^1/_3$ część. Przy autopsyi wszakże nie znajduje się zawsze ognisk gruźliczych a ponieważ obydwie choroby są bardzo pospolite, przeto bardzo często trudno powiedzieć, która z nich była pierwotną. Autor od wielu lat bada mikroskopijnie wysięk w opłucny; jeżeli znajdzie przytem laseczniki gruźlicze, nie ma wątpliwości o naturze sprawy, jeżeli zaś nie znajdzie, ucieka się do doświadczenia na zwierzętach, mianowicie świnkach morskich, którym za pomocą strzykawki, osobno w tym celu zrobionej, wstrzykiwał do jamy otrzewnowej średnio po 15 cm.^{3} płynu surowiczego z opłucny. 65% świnek, użytych do tych doświadczeń dostało gruźlicy, której także dostało później 5 chorych, z pomiędzy tych, których wysięk opłucnowy wstrzyknięto owym zwierzętom.

Z tego można wnosić, że $^2/_3$ przypadków surowiczego zapalenia opłucny polega na gruźlicy i że wyleczenia są przeważnie tylko tymczasowe.

Infekcya opłucny następuje rzadko z płuc, najczęściej zaś z gruczołów limfatycznych około tchawicy i oskrzeli.

Tym samym również sposobem przekonał się E., że na 27 przypadków surowiczego zapalenia osierdzia *(pericarditis serosa)* było 8 czyli 29% natury gruźliczej. Prawdopodobnie jest tak samo z zapaleniem surowiczem innych organów i te zapalenia, które dotychczas uważano za samodzielne, są natury zakaźnej, gruźliczej.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Cerenville z Lozanny, że gruźlicze zapalenia opłucny okazują pewne właściwości, jak podniesienie się nieznaczne temperatury (bardzo często nie przechodzi ona 38°) i szybkie zbieranie się płynu. Nawet, jeżeli zapalenie opłucny jest gruźlicze, nie zawsze przychodzi do dalszego rozwoju gruźlicy. Prof. E. rokuje przeto nieco za pesymistycznie.

Prof. Socin (z Bazylei) powiada, że w anamnezie chorych na gruźlicę narządów podlegających działaniu chirurga często znajduje się surowicze zapalenie opłucny, częściej niż gruźlica płuc tak, iż zdaje się, że gruźlica owych narządów częściej pojawia się po zapaleniu surowiczem opłucny, niż po gruźlicy płuc. *(La Semaine médicale.* 8. Maja 1895). *D.*

Otyatrya.

Frankl Hochwart (w Wiedniu): **O zbiorze objawów Meniera.**

Nawiązując do dwóch przedstawionych przez siebie przypadków, roztrząsa autor dzisiejszy stan nauki o chorobie Méniera. Méniere opisując w roku 1861, tę chorobę, zwrócił uwagę, że ludzie zupełnie zdrowi, z uchem prawidłowem, nagle wśród utraty przytomności głuchną, pozostają głuchymi i narażonymi odtąd na napady zawrotu głowy z szumieniem w uszach i wymiotami. Później wykryto, że choroba ta nie zawsze występuje apoplektycznie, lecz że zawrót głowy, szum i wymioty mogą się rozwinąć także obok istniejącej już choroby usznej i to nietylko w różnych cierpieniach błędnika, lecz także w chorobach ucha środkowego przy zupełnie nienaruszonem uchu wewnętrznem. Gdy dalej twierdzono, że również zboczenia w uchu zewnętrznem i nerwie słuchowym, mogą prowadzić do takich napadów, podano następujący podział:

1) Choroba Méniera (głuchota apoplektyczna).

2) Objawy Méniera w chorobach *a)* ucha środkowego, *b)* wewnętrznego, *c)* zewnętrznego, *d)* mózgowych. Autor nie zgadzając się na tę terminologię, proponuje nazwać cały zbiór przypadków objawami Méniera, które dalej podzielić poleca, jak następuje:

I) Choroba objawia się nagle przy dotąd nienaruszonym narządzie słuchowym *a)* apoplektyczna postać choroby Méniera (głuchota apoplektyczna), podstawa anatomiczna: podobno wynaczynienie w błędniku, *b)* postać urazowa, gdzie znana trójka (szum, zawrót, wymioty) przyłącza się bezpośrednio do urazu.

II) Choroba dołącza się do istniejących już chorób usznych do *a)* ostrych i przewlekłych spraw ucha środkowego, *b)* spraw w błędniku, α) ostrych: epidemicznie występujące formy głuchoty i zawrotu głowy u dzieci, poronne postacie zapalenia mozgo rdzeniowego, β) przewlekłych, γ) przemija-

jaco toksycznych form (otrucie chininą i t. p.) *c)* spraw w przewodzie ucha zewnętrznym, *d)* chorób w zakresie nerwu słuchowego, w wiądzie rdzenia pacierzowego, w nowotworach i innych zmianach w mózgu.

III) Zawrót uszny, wywołany wskutek zabiegów i wpływów zewnętrznych (wystrzykiwanie ucha, natrysk powietrza, galwanizacya głowy, ruchy obrotowe i huśtające, choroba morska, silna podnieta dźwiękowa i t. p.)

IV) Napady wrzekomo Menierowskie. Napadowe występowanie zawrotu głowy, wymiotów i szumu w uszach przy nietkniętem uchu i bez wpływów zewnętrznych *a)* w histeryi, jako wstęp do napadu histerycznego, *b)* w padaczce, jako zwiastuny (*aura*), *c)* tu i ówdzie u cierpiących na migrenę.

Niekiedy apoplektyczną formę poprzedzają lekkie zwiastuny, jak ból głowy, zawrot, u wielu napad występuje niespodziewanie. Nie rzadko choroba zaczyna się od zupełnej nieprzytomności. Czasem sprawa odbywa się w nocy, podczas snu, w innych przypadkach na jawie, bez zajęcia przytomności, całkiem nagle, albo w przeciągu kilku godzin. Na końcu podaje autor jeszcze dwa inne przypadki, które odróżniają się od innych tem, że u nich głuchocie towarzyszyło zupełne porażenie nerwu twarzowego. *(Wiener klin. Rundschau.* 12. 1895). *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

67. M. Dinkler: O działaniu i zastosowaniu wstrzykiwań sublimatu do żył sposobem Baccellego (z kliniki lekarskiej prof. Erba w Heidelbergu). Jak wiadomo, na początku roku zeszłego (patrz Nr. 13. *Przegl. lek.* z r. 1894) podał prof. Baccelli w Rzymie nowy sposób wprowadzania rtęci do ustroju, polegający na wstrzykiwaniu sublimatu wprost do żył a sposób ten miał mieć wbrew temu, co wiemy z patologii i anatomii patologicznej, między innemi i tę zaletę, iż nie miał ani sprawiać krzepnięcia krwi ani prowadzić do zatkania naczyń.

Te zalety skłoniły prof. Erba do polecenia zbadania w swej klinice nowej metody terapeutycznej, do czego na 50 osób kiłą nawiedzonych (24 mężczyzn i 26 kobiet) użyto 9 chorych (8 mężczyzn i 1 kobiety), tak mało zaś dlatego, ponieważ pokazało się, iż sposobu Baccellego nie można zastosować u wszystkich chorych. Pokazało się mianowicie, zgodnie z podaniami Blaschki (p. Nr. 46. *Przegl. lek.* z. r. z.), Langa (i Uhmy. Przyp. Red. *Przegl. lek.*), że wstrzykiwać można sublimat tylko u pewnej liczby osób, w szczególności zaś nie nadają się do tej metody leczniczej kobiety, osobliwie od 20 do 30 lat liczące, ponieważ żyły u nich albo są wązkie, albo tak zakryte obfitą tkanką tłuszczową podskórną, że ich nawet przez obwiązanie kończyny w kierunku dośrodkowym nie można doprowadzić do tego, by wystawały nad skórę. Jeżeli zaś to się uda, to widoczna część żyły, nadająca się do wstrzykiwań, jest tak krótka i takich części jest tak mało, że już po kilku dniach nie ma żadnego odpowiedniego do wstrzykiwań miejsca a ponieważ 4 do 6 a nawet 8 wstrzykiwań nie wystarcza ani do wypróbowania nowej metody, ani do leczenia, przeto odstąpiono całkiem od dalszych prób na kobietach, jeżeli nie było żył u nich szczególniej szerokich i w znacznej długości powierzchownych.

Pomiędzy mężczyznami jest daleko więcej wprawdzie takich, którzy mają żyły szerokie i powierzchowne, ale i tak zaledwie około 30% z nich nadaje się do wstrzykiwań sublimatu w żyły. Mężczyźni tłuści i mający zapas żył sposobnych zaledwie na 6 do 10 wstrzykiwań, nie nadają się do prób z leczeniem sposobem Baccellego.

Do wstrzykiwań odpowiedniemi są tylko żyły skórne ramion, przedramion, rąk i podudzi, osobliwie ramion i przedramion, mianowicie *vena cephalica antibrachii*, *mediana cubiti*, *basilica* i *cephalica humeri*. Spodziewaćby się należało, że i żyły szyjne nadawałyby się u przeważnej liczby mężczyzn do wstrzykiwań, gdyby nie bliskość serca a ztąd obawa wytworzenia się tam skrzepów przez dostanie się do jego wnętrza sublimatu.

Same wstrzykiwania wbrew podaniu Baccellego (a zgodnie znów z oświadczeniem się Uhmy, który pierwszy po Baccellim zajął się tą sprawą i wyrzekł o niej zdanie, przez następców później całkowicie potwierdzone (Porów. Nr. 37. *Przegl. lek.* z r. 1894. Przyp. Red. *Przegl. lek.*), przedstawiają pod względem technicznym nie małe trudności. Najpraktyczniejszym jeszcze wydał się autorowi sposób następujący: po gruntownem obmyciu skóry wyskokiem i sublimatem zakłada się opaskę gumianą Esmarcha naokoło ramienia w ten sposób, żeby utrzymać tętnienie a przerwać krążenie krwi w żyłach, które przez to tak się krwią przepełniają, że już po kilku sekundach widać je jako grube, niebieskie postronki. Opaskę Esmarcha obwija się 2 a najwięcej 3 razy, by ją można w razie potrzeby zwolnić natychmiast. Następnie po poleceniu choremu, by ramię, względnie nogę trzymał stale i spokojnie, wbija się kaniulę aseptyczną, której koniec musi być ostry i krótki, w żyłę pod kątem bardzo ostrym, prawie równolegle do skóry. Kaniula łączy się ze strzykawką balonową Kocha, wypełnioną wiadomym roczczynem sublimatu. Jeżeli uda się nakłucie żyły, dostaje się z powodu znacznego ciśnienia krew rychło do cylindra szklanego i miesza także z roczczynem sublimatu, przyczem tworzą się małe, brunatnawe strzępki. W tej chwili pomocnik odejmuje prędko a ostrożnie opaskę, lekarz zaś wstrzykuje, po odkręceniu śrubki od strzykawki, płyn powoli w żyły. Po wyjęciu strzykawki pokazuje się niekiedy kilka kropel krwi a mały ten krwotok wstrzymać łatwo przez lekkie rozcieranie. Jeżeli płyn dostał się poza żyłę, powstaje obrzmienie i ból bardzo gwałtowny i piekący.

Co do ilości użytego do wstrzykiwań sublimatu, to wiadomo, iż Baccelli rozpoczynał od miligrama a dochodził, co najwięcej, do 8 miligramów. Autor zaczął również od miligrama, ale przekonawszy się, że dawka ta nie wywołuje żadnych przypadów zatrucia, dochodził powoli aż do centygrama w roczczynie 1‰ do 2‰. Ogółem dostali chorzy autora po 20 do 31 centygramów sublimatu. Przy tem leczeniu a oczywiście i zachowaniu zwykłych ostrożności nie było żadnych przypadów rtęcicy ze strony ani jamy ustnej, ani przewodu pokarmowego, ani nerek.

Inaczej wszakże było ze zmianami miejscowemi po wstrzykiwaniach sublimatu. I tu pokazało się znów przeciwnie, jak to twierdzi Baccelli, że po wstrzykiwaniach przychodzi do zakrzepicy w żyłach *(thrombosis venarum)*, która występuje tem rychlej i w tem wyższym stopniu, im mocniejszym był i im dłużej działał roczczyn sublimatu. Tak n. p. po dawkach 1 do 3 miligramów można dopiero po 3 do 8 dniach wykazać zmiany w żyłach, gdy po centygramie, zadanym w roczczynie 1‰, można było przekonać się o zupełnej obliteracyi naczynia już trzeciego dnia. Po dawkach większych nad 5 centygramów, lub dłuższem leczeniu tym sposobem, zakrzep w żyle powiększa się coraz bardziej dośrodkowo (w kierunku prądu krwi) i wreszcie zupełnie zamyka światło naczynia tak, iż nie ma po tem miejsca w danem naczyniu do dalszych wstrzykiwań a w biegu czasu naczynia tak zamknięte znikają zupełnie.

Gdy w ten sposób ze spostrzeżeń tych wypada, iż zakrzep w żyłach, po wstrzykiwaniu do nich sublimatu, jest regułą ogólną, postanowił autor wobec przeciwnych twierdzeń Baccellego, Blaschki i innych przekonać się o niej za pomocą doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te potwierdziły tylko ową regułę.

Wobec tego, jakkolwiek po wstrzykiwaniach sublimatu w żyły nie udało się nigdy i nigdzie wykazać klinicznie ani zakrzepicy (*thrombosis*), ani zatoru (*embolia*), nabiera zakrzep krwi w żyle w miejscu wstrzyknięcia pewnego znaczenia, którego nie można lekceważyć. Dlatego autor podziela najzupełniej zdanie Blaschki i sądzi, że wstrzykiwać wolno sublimat do żył jedynie w klinikach i szpitalach, bacząc, by leczony po wstrzyknięciu trzy-

mał odnogę właściwa w jak największym spokoju celem uniknienia niebezpieczeństwa zatoru.

Dla czego po wstrzykiwaniach sublimatu w żyły nie przychodzi, przynajmniej po dawkach umiarkowanych, do objawów rtęcicy tak pospolitych po zadaniu równych ilości tego środka przez przewód pokarmowy, rzecz dziś trudna do wytłómaczenia. Prawdopodobnie ma tu znaczenie zmięszanie się ścisłe sublimatu z wielką ilością krwi i rychłe bardzo wydzielanie się z ustroju, wykazał bowiem Blaschko (porów. Nr. 46. *Przegl. lek.* z r. 1894), że już po 24 godzinach nie ma prawie nic rtęci w organizmie.

Co się tyczy wartości terapeutycznej wstrzykiwań sublimatu do żył, zgadza się autor z Baccellim, Blaschką i innymi, że rzeczony sposób zadawania rtęci leczy na pewno i rychło zmiany kiłowe i to najpodobniej do prawdy rychlej i energiczniej, niż wcierania szaruchy obok miejscowego leczenia. Tak n. p. osutki guzkowo-plamkowe, kłykciny sączące się *(condylomata lata)* i pierwotne stwardnienie już ku końcowi pierwszego tygodnia leczenia poprawiają się znacznie. Toż samo tyczy się zmian w błonach śluzowych. To rychłe działanie pojąć łatwo, jeżeli się zważy, iż sublimat krąży we krwi odrazu w znacznej stósunkowo ilości, daleko większej, niż przy innych sposobach zadawania rtęci. Również i w tem trzeba zgodzić się z Baccellim, że jedną z głównych zalet jego metody jest energiczne i rozległe działanie na ściany naczynne, tak szczególnie do zmian kiłowych usposobione.

Tym wszystkim jednak zaletom nie odpowiada odwrotna strona medalu, że tak się wyrazimy.

Zwróciliśmy już uwagę, iż do wstrzykiwań sublimatu nadaje się tylko bardzo mała liczba osób i że po tych wstrzykiwaniach następują stale zakrzepy w żyłach, które nie tylko czynią niemożebnem dalsze leczenie tym sposobem, ale nadto niweczą krążenie w pewnych żyłach i grożą zatorami. Co jednak ważniejsze, że działanie ochronne wstrzykiwań sublimatu do żył przeciw nawrotowi choroby trwa tylko krótko, gdyż w spostrzeżeniach autora pojawiały się ciężkie recydywy już po 1 do 3 miesiącach. Przyczyna tego tkwi prawdopodobnie w rychłem wydalaniu rtęci z ustroju, według Blaschki bowiem już w 14 dni nawet po systematycznem leczeniu wstrzykiwaniami nie można wykazać ani śladu rtęci w ustroju, gdy przy innych, dotychczas używanych sposobach zadawania krąży rtęć w ustroju jeszcze przez tygodnie i miesiące po zaprzestaniu leczenia.

Wobec tego nie można podanego przez Baccellego sposobu leczenia kiły wstrzykiwaniami sublimatu do żył uważać za ten, którymby można zastąpić używane dotychczas sposoby, jak mianowicie wcierania szaruchy i wstrzykiwania podskórne przetworów rtęci.

Natomiast sądzi autor, że sposób Baccellego zasługuje na użycie dla swego rychłego działania w postępujących nagle formach kiły skóry i błon śluzowych, osobliwie zaś w ciężkich postaciach kiły układu nerwowego, mianowicie do rozpoczęcia leczenia. Jeżeli 8 do 12 wstrzykiwaniami wstrzyma się na razie postęp choroby, to wcieraniami następnie szaruchy można leczyć dalej do końca. W przypadkach bardzo ciężkich i groźnych może dałoby się robić wstrzykiwania (oczywiście tylko przez pewien czas) równocześnie z wcieraniami szaruchy. *(Berlin. klin. Wochenschrift.* 6., 13. i 20. Maja 1895).

68. H. Cohn (prof. we Wrocławiu): O leczeniu jaskry *(glaucoma)* ezeryną. Autor nawiązując do przypadku, okazanego przez siebie we wrocławskiem Towarzystwie lekarskiem, zdaje pokrótce sprawę ze swych doświadczeń z leczeniem jaskry ezeryną i to głównie dla pożytku lekarzy praktycznych, niespecyalistów.

Autor zwraca uwagę, że jaskra objawia się często już w bardzo wczesnych okresach przypadem nader charakterystycznym, widzeniem światła, n. p. księżyca, latarni na ulicy, świec i t. d. w obwódkach tęczowych, które, jak wykazał przed kilkoma laty bardzo trafnie Hirschberg, polegają na dyffrakcyi światła w nader delikatnych, powierzchownych zamgleniach rogówki. Te obwódki tęczowe mają tę właściwość, że na około światła znajduje się szerokie koło ciemne a dopiero koło niego koła barwne. Zazwyczaj podają chorzy, że pierścień najwięcej na zewnątrz znajdujący się jest czerwony, po nim idą w kierunku do środka pierścień żółty i zielony, rzadko niebieski.

Widzenie światła w obwódkach tęczowych pojawia się wprawdzie niekiedy także w prostym nieżycie spojówek, ale przez mruganie lub wytarcie powiek znika natychmiast, czego oczywiście nie ma w jaskrze.

To widzenie światła w opisanych co właśnie pierścieniach tęczowych i to widzenie, występujące w napadach zwykle obok widzenia mgły i połowiczego bólu głowy, jest najczęściej podmiotowym zwiastunem jaskry a Laqueur wykazał, że napad taki kończy się albo sam przez się, albo po śnie, albo po zapuszczeniu ezeryny, t. j. po okolicznościach zwężających źrenicę.

Jakkolwiek oddawna wiadomo, że ostry napad jaskry ustępuje pod działaniem ezeryny, to jednakowoż polegając wyłącznie na powadze Graefego, nie miano odwagi wstrzymania się od jak najrychlejszej, t. j. zaraz po minieniu ostrego napadu irydektomii. Nieraz robiono nawet irydektomią podczas ostrege napadu jaskry ze skutkiem wcale często bardzo nieosobliwym z przyczyny trudności technicznych.

Po okresie zapału do jak najrychlejszej irydektomii przyszedł okres ezeryny, w którym naprzód ją zapuszczano, by po usunięciu napadu ostrego mieć czas spokojny do irydektomii.

Gdy jednak Mauthner wykazał, że po każdej, nawet najlepszej irydektomii zmniejsza się bystrość wzroku, przekonał się autor, że przy użyciu samej tylko ezeryny, jak to n. p. było w jednym przypadku po latach nawet 14, w drugim po 4 latach, bystrość wzroku nie zmniejszyła się prawie zupełnie. Toż samo powiedzieć można o wielkości pola widzenia, o ile je wymierzano.

Co się tyczy jaskry przewlekłej, niezapalnej, to irydektomia równie, jak i ezeryna w niej tak samo, jak i inne środki nie skutkuje.

Jeżeli na jednem oku zrobiono irydektomię, to według spostrzeżeń autora zapuszczanie systematyczne ezeryny do drugiego oka usuwa w niem potrzebę irydektomii w przyszłości.

Wobec tych wszystkich spostrzeżeń przychodzi autor do wniosków: 1.) W każdym przypadku jaskry należy zapuszczać ezerynę (n. p. po kropli codziennie rozczynu $^1/_2$% w wodzie destylowanej). 2.) Lekarze domowi powinni baczyć na uskarżanie się chorych na widzenie światła w obwódkach tęczowych i zaraz polecić zapuszczanie do oczu ezeryny. 3.) Ezeryna działa dobrze nawet w ostrych napadach zapalnych. Można ją wtedy zapuszczać co godzinę a po zwężeniu się tęczówki mija napad w ciągu 1 do 2 dni. 4.) Ezeryna nie szkodzi nigdy, nawet gdy się ją zapuszcza latami codziennie po raz lub dwa razy. Lekkie zadraźnienia zapalne tęczówki są po niej bardzo rzadkie. 5.) Jeżeli ezeryna podczas napadu nie skutkuje, lub mimo jej użycia jaskra postępuje, powinni chorzy natychmiast udać się do okulisty. *(Berl. klin. Wochenschrift.* 27. Maja 1895).

69. Buch i Walton (w Genewie): Eurofen w chirurgii. Wiadomo, że użycie jodoformu w chirurgii łączy się z wieloma niedogodnościami, jak zadraźnieniem skóry, złem wejrzeniem i powolnem pokrywaniem się przez przyskórek granulacyj. Pomijając już dla wielu osób nadzwyczaj nieprzyjemną woń, jodoform nie jest bynajmniej tak

niewinny, jak dawniej sądzono, widziano bowiem już nieraz po jego użyciu ciężkie objawy zatrucia, niekiedy nawet śmiercią zakończone.

Ponieważ skuteczność jodoformu polega przeważnie na znacznej ilości zawartego w nim jodu (96·47%), który wydziela się za zetknięciem się jego z płynami organicznemi, przeto od dawna starano się o otrzymanie połączeń, któreby mając wszystkie zalety jodoformu, nie miały jego stron niekorzystnych.

Jednem z takich ciał jest przedewszystkiem eurofen (jodek izobutyloortokrezolu), zawierający 28% jodu a mający tę nad jodoformem wyższość, iż ma woń słabą, zresztą przyjemną, iż słabo działa trująco, jest 5 razy lżejszy od jodoformu, ma prawie równe z nim przymioty antyseptyczne, łatwo wydziela jod za zetknięciem się z płynami alkalicznemi, zmniejsza wydzieliny i przeszkadza dyapedezie leukocytów.

Eichhoff, Nolda, Gaudin i inni w chorobach wenerycznych a Jasiński (w Warszawie) i Christmann w gruźlicy przekonali się o wartości eurofenu.

Autorowie zdają sprawę ze swych doświadczeń z eurofenem, z których pokazuje się, iż środek ten oddawać może chirurgii też same usługi, co jodoform i w tym samym, co i on, zakresie. Eurofen najpodobniej do prawdy działa w ten sam sposób także, co i jodoform, t. j. przez wydzielanie jodu, który nieraz znajdowali autorowie w połączeniu nieorganicznem w moczu osób, u których zewnętrznie używano eurofenu. Sądzą przeto autorowie, iż eurofen okaże się bardzo cennym środkiem terapeutycznym w chirurgii. *(Aerztliche Rundschau.* 50. 1894).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 30. Maja 1895 r.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 15. b. m. i r. celem przekazania stale pamięci zasług członka-założyciela, ś. p. profesora Rydla umieścić stosowną tablicę w odpowiedniem miejscu w Krakowie ze składek na ten cel zebrać się mających, zapraszając do udziału Senat akademicki i Wydział Jekarski Uniwersytetu Jagiell. Sprawę zebrania funduszów, wykonania i umieszczenia tablicy przekazano prezesowi Towarzystwa, nadając mu prawo przybrania sobie do tego potrzebnej liczby członków.

— Na wniosek prezesa Towarzystwa lek. krak. przeznaczyła komisya redakcyjna *Przeglądu lekarskiego* 100 złr. na tablicę pamiątkową dla ś. p. profesora Rydla, przyjmować będzie dalsze na ten cel datki i ogłaszać nazwiska ofiarodawców.

— Paryska *La Médecine moderne*, która od początku r. b. zamieszcza w swych szpaltach wizerunki i krótkie życiorysy profesorów medycyny, przeważnie lubo niewyłącznie francuskich, dała w numerze z dnia 25. b. m. wizerunek i biografią znanego okulisty, profesora Dra Ksawerego Gałęzowskiego w Paryżu.

— W sprawie uczczenia pamięci ś. p. Dra Wóycikowskiego. Z otrzymanego właśnie zeszytu marcowego *Bulletin d' Oculistique* wyjmujemy ze zdania sprawy Dra E. Rollanda następujące szczegóły tyczące się subskrypcyi na pomnik ś. p. Dra Wóycikowskiego. Subskrypcya przyniosła ogółem dotychczas 1251·35 franków. W tej sumie znajdują się ze znaczniejszemi kwotami: prof. Gałęzowski w Paryżu 20 franków, Dr. Babiński w Paryżu również 20 fr., Dr. Pinard 100 fr., Dr. Pean 20 fr., Paryzkie Towarzystwo chirurgiczne 50 fr., Rada municypalna w Quingey w departamencie Doubs 25 fr., Dr. Menière w Paryżu 20 fr., Towarzystwo studentów w Nancy 10 fr., *Société des Sciences medicales de la Cote d'Or* 50 fr., Lekarze krakowscy za pośrednictwem Drów Kwaśnickiego i prof. Łazarskiego 124 złr. w. a. (około 250 franków), Redakcya *Przeglądu lekarskiego* od siebie i abonentów tudzież innych kolegów 154·45 fr., Towarzystwo lekarskie galicyjskie 162 fr., Towarzystwo wet. we Lwowie 74·15 fr., Polacy w Paryżu za pośrednictwem Drów Jasiewicza i Lewenharda 123 franki.

Dr. Rolland oświadczył się za pomnikiem z granitu w postaci piramidy mającej 3 metry wysokości, metr u dołu a 0·40 metra u wierzchołka. Pomnik ten wykończono w Grudniu r. z., zwłoki zaś ś. p. Dra Wóycikowskiego przeniesiono staraniem profesora Broussolles w Dijon w Maju roku zeszłego na nowy cmentarz i pochowano w miejscu udzielonem na ten cel bezpłatnie przez Radę municypalną na zdanie sprawy wypracowane przez Dra Misseta.

Napis na pomniku ma obejmować krótkie wspomnienie zasług zmarłego i nazwiska głównych subskryptorów; brakuje jednak pieniędzy na wyrycie napisu i dlatego Dr. Rolland wzywa subskryptorów, by na ten cel przysłali jeszcze po ¼ franka od litery wyrazów obejmujących ich imię, nazwisko, tytuły i miejsce pobytu.

— Prof. O. Bujwid puścił obecnie w świat surowicę przeciwbłoniczą, otrzymaną w krakowskim zakładzie higienicznym. Siła surowicy odpowiada sile surowicy Rouxa i Behringa Nr. 2. Cena flakonu zawierającego 10 cm.^{3} wynosi w aptekach 1 złr. 30 ct.; jest to zatem najtańsza surowica przy równej sile działania z zagranicznemu.

— Zakład kąpielowy w Lubieniu, odznaczający się wśród pokrewnych sobie źródeł siłą czynników chemicznych tak w wodzie jak i w borowinie, z porady lekarza zdrojowego Dra Radeckiego, wprowadził szereg ulepszeń i urządzeń wskazanych przez higienę tak, że obecnie śmiało może dotrzymać kroku w współzawodnictwie zdrojowisk. Dla niezamożnych obmyślano ulgi jak największe.

— Sprawa leczenia raka surowicą róży tak niefortunnie zainaugurowana przez Emmericha i Scholla (por. Nr. 18. *Przegl. lek.*), którym dzielną dali odprawę Bruns i Petersen (por. Nr. 21. *Przegl. lek.*) zdaje się, iż jest już teraz zupełnie pogrzebana po odczycie prof. Angerera w monachijskiem Towarzystwie lekarskiem; pięciu bowiem chorych, których leczył Emmerich swą surowicą, pochodziło z kliniki właśnie prof. Angerera, który wymieniając każdy przypadek z osobna wykazuje, iż owa surowica w żadnym przypadku nie miała korzystnego wpływu na raka a w jednym nawet wywołała różę typową, ciężką, dla życia wprost niebezpieczną, z temperaturą przechodzącą 40 stopni.

— Dla wygody Sz. Kolegów z poza monarchii austro-węgierskiej, wysyłających swych pacyentów do zdrojowisk podkarpackich, węgierskich, czeskich, szląskich i do Gleichenberga podajemy wyciąg z najnowszego rozkładu pociągów na kolejach żelaznych austro-węgierskich i przytykających do nich kolejach żelaznych zagranicznych, nadmieniając, że w Król. polskiem i Cesarstwie rosyjskiem ruch na kolejach żelaznych odbywa się według czasu petersburskiego a na kolejach w monarchii austro-węgierskiej według czasu środkowo-europejskiego, przez Radę miejską także i w Krakowie zaprowadzonego. Czas petersburski wcześniejszy jest od czasu środkowo-europejskiego o 61 minut czyli okrągło o godzinę.

Wyjeżdżając z Warszawy o godzinie 12. m. 27 w nocy i o godzinie 5. m. 57 rano, staje się w Krakowie o 9. m. 37 rano i o 5. m. 3 po południu.

Wyjeżdżając z Iwangrodu o 4. m. 47 rano, staje się w Krakowie o 5. m. 3 po południu.

Wyjeżdżając z Odessy o 8. m. 30 wieczorem i o 9. również wieczorem, staje się w Krakowie jadąc na Wołoczyska i Lwów o 9. m. 35 wieczorem i o 7. rano.

Wyjeżdżając z Kijowa o 7. m. 15 wieczorem o 8. m. 50 również wieczorem i o 12. m. 02 w nocy, staje się w Krakowie o 9. m. 35 wieczorem, o 5. rano i o 7. rano.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 8. m. 45, wieczorem o 7. m. 10 (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września włącznie o 8. rano), staje się w Chabówce (zkąd 43 kilometry do Zakopanego) o 1. m. 38 w południe, o 11. m. 58 w nocy (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września włącznie o 11. m. 59 w południe). W Rabce odległej od Chabówki o 2 kilometry o 6 minut później.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 6. m. 31, przed południem o 10. m. 30 i w nocy o 10. m. 55, staje się w Starym Sączu (zkąd 43 kilometry do Szczawnicy) o 11. m. 20 przed południem, 5. m. 5 po południu i o 9. m. 15 rano, w Żegiestowie o 12. m. 21 w południe, o 6. m. 6 po południu i 10. m. 16 rano, w Muszynie-Krynicy (zkąd do zdrojowiska 11 kilometrów) o 12. m. 47 w południe, o 6. m. 30 po południu i o 10. m. 52 przed południem. Nadto wyjechawszy między 1. Czerwca a 15. Września włącznie z Krakowa o 10. m. 55 w nocy, staje się rano w Starym Sączu o 6. m. 11, w Żegiestowie o 7. m. 13 a w Muszynie-Krynicy o 7. m. 40.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 6. m. 31, przed południem o 10. m. 30 (a od 1. Czerwca do 30. Września także o 10. m. 55 w nocy) przez Tarnów i Stróże, staje się w Iwoniczu (zkąd do zdrojowiska 4 kilometry) o 1. m. 33 po południu, o 9. m. 46 w nocy (i w czasie do

1. Czerwca do 30. Września o 6. m. 59 rano), w stacyi Rymanowie zaś, zkąd do zdrojowiska 5 kilometrów o 1. m. 45 po południu, o 10. w nocy (i 7. m. 10 rano między 1. Czerwca a 30. Września włącznie).

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 25 przed południem i 11. w nocy przez Rzeszów i Jasło, staje się w Rabce o 1. m. 43 w nocy i o 11. m. 45 w poł., w Chabówce zaś o 1. m. 51 w nocy i o 11. m. 55 w poł.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 6. m. 45 wieczorem lub o 11. w nocy i o 4. m. 55 nad ranem przez Tarnów, staje się w Starym Sączu o 9. m. 15 rano lub o 5. m. 5 po południu, w Żegiestowie 10. m. 21 rano i o 6 m. 6 wieczorem, w Muszynie-Krynicy o 10. m. 52 rano i o 6. m. 30 wieczorem. Nadto wyjechawszy ze Lwowa w czasie między 1. Czerwca a 30. Września włącznie o 6. m. 45 wieczorem, staje się w Starym Sączy o 6. m. 11 rano, w Żegiestowie o 7. m. 13 rano i w Muszynie-Krynicy o 7. m. 40 również rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 25 rano i o 6. m. 45 wieczorem przez Przemyśl i Chyrów, staje się w stacyi Rymanowie o 6. m. 22 po południu i 4. m. 33 rano, w stacyi Iwoniczu zaś 6. m. 34 po południu i 4. m. 45 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 9. m. 33 rano i 7. m. 38 wieczorem przez Stryj, staje się w Drohobyczu-Truskawcu o 12. m. 40 w południe i o 11. m. 9 w nocy.

Wyjeżdżając z Krakowa o 3. m. 20 (wagony wprost do Pragi) po południu tudzież o 7. m. 25 rano, staje się w Pradze rano o 5. m. 45 lub o 6. m. 55, tudzież o 9. m. 25 wieczorem, w Karlsbadzie o 11. m. 19 przed południem, 3. m. 37 po południu lub 4. m. 36 rano, we Francensbadzie o 12. m. 47 w południe, o 5. m. 42 po południu i 6. m. 44 rano.

Wyjeżdżając z Pragi rano o 6. lub o 10. m. 20 w nocy, staje się w Cieplicach czeskich o 8. m. 35 rano i o 11. m. 50 w nocy.

Wyjeżdżając z Pragi rano o 6. m. 30 lub o 11. m. 5 przed południem, jest się w Maryenbadzie o 12. m. 30 w południe lub o 3. m. 17 po południu.

Wyjeżdżając z Krakowa o 7. m. 25 rano lub o 10. wieczorem przez Oderberg i Żolnę, staje się w Trenczynie-Teplicach o 4. m. 9 po południu i o 8. m. 25 rano, w Piszczanach zaś o 5. m. 15 po południu i o 10. m. 10 rano.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 5. m. 38 lub o 7. m. 25 lub o 3. m. 20 po południu, staje się w Wiedniu o 7. m. 36 wieczorem, o 3. m. 43 po południu i o 5. m. 5 rano, wyjechawszy zaś z Wiednia o 9. wieczorem lub 7. m. 20 rano, staje się jadąc przez Grac o 6. m. 24 rano, o 7. m. 37 rano lub o 3. m. 6 po południu w Feldbachu, zkąd końmi 16 kilometrów do Gleichenbergu.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 5. m. 38, o 7. m. 25 lub o 9. m. 25, staje się w Jaworzu (jadąc przez Dziedzice i Bielsko) rano o 10, m. 10 lub o 3. m. 13 po południu.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 5. m. 38, o 7. m. 25, o 9. m. 25 lub o 10. wieczorem przez Schonbrunn, Opawę, Jägerndorf, staje się w Ziegenhals o 3. m. 30 po południu, o 8. m. 8 wieczorem i o 9. m. 11 przed południem, w Freiwaldau-Graefenbergu zaś o 4. m. 37 po południu, o 9. m. 30 wieczorem i o 10. m. 36 przed południem.

Prócz tego ze względu na osoby chore lub jadące z dziećmi, podajemy wykaz pociągów mających wagony idące wprost z jednego punktu do drugiego:

Z Podwołoczysk o 10. m. 21 rano, o 10. m. 55 rano i o 5. m. 38 po południu przez Kraków w Wiedniu o 6. m. 40 rano i o 3. m. 43 po połupniu.

Z Krakowa (tylko od 25. Czerwca do 15. Września) rano o 8. przez Suchą, Chabówkę do Rabki.

Z Krakowa wieczorem o 10. m. 55 przez Tarnów do Starego Sącza, Żegiestowa i Krynicy.

Ze Lwowa wieczorem o 6. m. 45 przez Tarnów do Starego Sącza, Zegiestowa i Krynicy.

Ze Lwowa o 11. wieczorem przez Rzeszów, Jasło, Stróże do Starego Sącza, Żegiestowa i Krynicy.

Z Krakowa do Pragi o 3. m. 20 po południu.

— **Posady**: Lekarza kolejowego we Lwowie z pensyą 1200 zlr. i 300 zlr. dodatku na fiakra. Warunkami: dyplom doktora wszech nauk lekarskich i wiek nie przekraczający 45 lat. Podania do 10. Czerwca b. r. do Dyrekcyi ruchu kolei rządowych we Lwowie.

Wydział powiatowy żółkiewski rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Kulikowie z pensyą 500 zlr. i dodatkiem 150 zlr. na objazdy. Termin podania się do 15. Czerwca 1895.

— **Nekrologia.** Zmarli: We Włodzimierzu wołyńskim w dniu 28. Lutego b. r. w 30. roku życia Dr. **Józef Mochliński**, wychowaniec uniwersytetu kijowskiego, na dur osutkowy, którego się nabawił niosąc pomoc chorym. — We Lwowie Dr. **Józef Tomanek** w 84. roku życia. — W Krakowie w d. 26. b. m. Dr. **Władysław Schafer** z Mielca po długiej i ciężkiej chorobie w 40. roku życia. Byłto dobry kolega, dzielny i postępowy lekarz. — W Londynie słynny higienik **Jerzy Buchanan**, prezydent odbytego w roku 1891. w Londynie międzynarodowego kongresu higienicznego, w 65. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 19. W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (ciąg dalszy). W. Janowski: Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłonicowej z rozmaitych fabryk oraz o sposobie jej stosowania (ciąg dalszy). A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą (ciąg dalszy); w Nrze 21. J. Raczyński: Czy istnieje bliższy związek między pląsawicą (*chorea minor*) a gośćcem. Kilka uwag skreślonych na podstawie przypadków leczonych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie. W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (dokończenie). A. Sokołowski: O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*) (dok.). — W *Medycynie* Nrze 20. A. Wizel: Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznem na zasadzie własnych spostrzeżeń. A. Wojnicz: Przypadek wodogłowia przewlekłego. Przekłucie czaszki. Śmierć. — W *Przewodniku chirurgicznym* Tomie trzecim, Zeszycie drugim. A. Zajączkowski: Bakterye katgutu i jego wyjaławianie. T. Dembowski: Nowy przyrząd do leczenia złamań kości ramieniowej. S. Mintz: O czynnościach żołądka po interwencyi chirurgicznej w chorobach żołądka. P. Schroeter: O ranach postrzałowych żołądka. Pieniążek: O ciałach obcych w drogach oddechowych. — W *Przewodniku higienicznym* Zeszycie majowym. H. Kowalski: Leczenie gruźlicy w świetle bakteryologii. N. Cybulski: Kilka dat odnoszących się do pieczywa krakowskiego. W. Doleżan: Wpływ moralności na śmiertelność.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Pieniążek przedstawi chorego, poczem 2) kol. prof. Bujwid poda do wiadomości wyniki badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanego w roku zeszłym przez podkomisyę wodociągową.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list Dra Hanakowskiego z Cieplic czeskich.

L. 693. / 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin, z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 nr. 17. dz. ust. kraj., prócz dostatecznej fizycznej zdatności, udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa, najdalej do 15. Czerwca 1895.

Bohorodczany, dnia 2. Maja 1895.

Józef Szeliński.
Prezes.

126—3—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 8. Czerwca 1895 r. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi [illegible], w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o ropieniach śródpiersia tylnego i ich leczeniu *(mediastinitis postica).*

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 25. Lipca 1894 roku i w Towarzystwie chirurgów w Paryżu 13. Marca 1895 roku).

Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie przedstawiłem jako wyleczoną kobietę dotkniętą poprzednio ropieniem śródpiersia. Katastrofa niespodziewana, którą się zakończył w miesiąc później ten chirurgiczny dramat, dała mi dużo do myślenia, zmieniła poniekąd poglądy, jakie przedstawiłem Zjazdowi a wykonana przez prosektora Dra Krokiewicza sekcya uzupełniła i oświeciła do tego stopnia rzecz całą, że nie wahałem się wykład ten już znacznie obszerniejszy i przeistoczony ponowić 13. Marca 1895. w Paryżu wobec Tow. chirurgicznego, w pamiętniku, który niebawem wyjdzie drukiem.

Mimo żywego zainteresowania się moich kolegów francuskich, nie byłbym prawdopodobnie zdobył się na przekład w języku polskim, gdyby nie mylne sprawozdanie, jakie o tem zdarzeniu zamieścił w skróceniu *Przegląd lekarski* w Nr. 15. z r. 1895. str. 228. Wynika bowiem z niego, że na chorej T. Majewskiej otworzyłem śródpiersie metodą Nasiłowa, gdy przeciwnie oświadczyłem z naciskiem, że chociaż miałem ten zamiar, jednak metody tak zwane konserwatywne wystarczyły. Aby więc nie wprowadzić do literatury dość grubej pomyłki, postanowiłem wykład w całości ogłosić także w *Przeglądzie lekarskim.*

Panowie!

Zabierając głos w sprawie ropni śródpiersia, nie łudzę się nadzieja, abym ciemny ten punkt chirurgii współczesnej na jasne i pewne już zwrócił pole. Nie przynoszę rozstrzygających danych, ale chcę skierować uwagę Kolegów na sprawę patologiczną dość rzadką, chociaż odnośnych rozdziałów nie brak w żadnym z podręczników niemieckich lub francuskich, jakiemi rozporządzamy. Organ Tow. chirurgów paryskich, z ostatnich lat tak ruchliwy i bogaty, nie zawiera ani jednego opisu podobnego przypadku, z wyjątkiem teoretycznej pracy Quenu i Hartmanna, ja sam zaś rozporządzający niezmiernie bogatym materyałem, obserwowałem w przeciągu 12 lat tylko trzech chorych, dotkniętych tą ciężką chorobą.

I rzeczywiście, jak to słusznie przytaczają Tillmanns i Koenig, rokowanie jest niezmiernie groźne a metody leczenia nie wystarczające i nie stojące wcale na wysokości dzisiejszych postępów chirurgii.

Przedewszystkiem oświadczam na wstępie, że w wykładzie dzisiejszym ograniczę się tylko do ropni śródpiersia tylnego, biorąc za podstawę dawno przyjęty w anatomii topograficznej podział śródpiersia na przedni i tylny. Dzisiejsi niemieccy anatomowie nie uznają tego podziału i opisują tylko jedno śródpiersie. Myśl ta może słuszna, ale nie pod względem klinicznym, gdyż klinika zupełnie potwierdza dawny podział anatomiczny. I w rzeczy samej, jeśli ropień powstający w tak zwanym *spatium praeviscerale* Henkego będzie się posuwał ku dołowi, to powięź środkowa szyjna musi skierować go na boki lub ku tylnej ścianie trzonka kości mostkowej *(manubrium sterni).* Będziemy też w stanie cięciem międzyżebrowem lub trepanacyą ropień taki otworzyć. Podobnie rzecz się ma po wyjęciu wielkich wolów głęboko sięgających poza mostek, jeśli nie zdołaliśmy zapobiedz ropieniu tej kryjówki.

Zapalenia tkanki łącznej śródpiersia przedniego mają więc swoistą cechę i dodać muszę, przedstawiają o wiele mniej niebezpieczeństwa. Inaczej rzecz się ma, gdy chodzi

o ropienie śródpiersia tylnego. Jeśli zapalenie miało źródło swe na szyi, w tak zwanym *spatium retroviscerale* Henkego, wtedy posuwać się będzie z góry na dół poza tylną powięzią wzdłuż tkanki łącznej przedkręgowej i przełykowej i może spuścić się aż do przepony a nawet i dalej.

Na mocy tych przykładów mamy prawo odróżniać kliniczne sprawy zapalne śródpiersia tylnego i przedniego, chociaż przyznać trzeba, że w dalszych stadyach choroby rozdział taki już się przeprowadzić nie da i jak to niedawno widziałem, sprawa sięgała od tylnej ściany mostka aż do kręgosłupa (*panmediastinitis*).

Przystępuję teraz do opisania szczególnego przypadku, który ma służyć za podstawę mojego wykładu.

Dnia 17. Maja 1894. przyjętą została wieczorem do oddziału chirurgicznego szpitala lwowskiego T. Majewska, stróżka, licząca lat 31. Jedząc rano tego samego dnia kaszę, uczuła przy połykaniu pewien ból a gdy bolesność po upływie kilku godzin nie zmniejszała się, udała się na stacyę ratunkową. Zbadano ją i kilka razy zapuszczono sondę przełykową. W tej chwili zdawało się pacyentce, że „głęboko w gardle coś się rozdarło". Ból się wzmógł, chora podążyła do szpitala. Nazajutrz rano asystent stwierdził pewną trudność w połykaniu, ciągłe nudności, trochę kaszlu i chrypkę. Badanie zewnętrzne i badanie przełyku niebolesne. Wynik wziernikowania ujemny. Gorączka: 37·3, stan ogólny, dobry.

Gdy powróciłem z kilkudniowej podróży, zastałem chorą znacznie gorzej się mającą i uderzyły mię, prócz wyżej opisanych, następujące trzy główne objawy:

1) Silna gorączka, podnosząca się wieczorem.

Temperatura . . $39._2$ — $39._3$ — $40._0$ — $40._1$ (21. Maja)
Puls . . . . 90 — 115;

2) Wstrętne cuchnienie z ust;

3) Osobliwy kształt i osobliwa konfiguracya szyi, która nie przedstawia nigdzie obrzęku ograniczonego lub dającego się podejrzywać ogniska.

Obraz nie podobny do tego, który widujemy przy *angina Ludwigii* lub przy ropniach ostrych, pochodzących od gruczołów (*adenophlegmone*), nigdzie zlokalizowanej bolesności lub częściowego *oedema*, skóra nie zaczerwieniona, ale cała szyja widocznie w swym obwodzie powiększona, fałdy wypełnione (obrzęk *en masse*). Wziernik wykazuje znaczne zaczerwienienie tylnej ściany przełyku i wyższych części krtani. Badanie palcem jest bolesne, ale na przedniej ścianie kręgów nigdzie nie można wykazać chełbotania. Objawy przedmiotowe: kaszel, chrypka, dławienie, *dyspnoë*.

Rozpoznaję:

Phlegmone septica praevertebralis colli probabiliter e corpore alieno et perforatione pharyngis et oesophagi orta.

Natychmiast przystępuję do operacyi 21. Maja rano. Cięcie prowadzę, jak przy ezofagotomii zewnętrznej po lewej stronie. Zaledwie otworzyłem sondą głęboką powięź szyjną i t. zw. *spatium retroviscerale* Henkego, natychmiast buchnął obfity strumień ropy niezmiernie cuchnącej, która później badana wykazała obecność pneumokoków Friedlaendera i gronkowców białych.

Posuwając się w poprzek i wzdłuż przełyku, dotarłem aż do przedniej ściany kręgów lekko obnażonych a w głębi wielkiej jamy udało mi się namacać ciało obce i wydobyć je za pomocą kleszczy zakrzywionych, długich. Była to kość płaska, trójgraniasta, podobna zupełnie do ostrza uretrotomu Maisonneuva. Badanie dalsze przekonało mię, że nie można dojść palcem do dna tego ropnia, który sięga głęboko w śródpiersie tylne i za pomocą odpowiedniej sondy obliczyłem, że jama wynosi jeszcze około 12 do 13 cm. od górnego otworu klatki piersiowej do spodu. Następnie oczyszczam pole operacyjne, tamponuję lekko gazą, maczaną w glicerynie jodoformowej i rokuję jak najgorzej.

W przeciągu dni następnych gorączka opada do 38°, ale zawsze podwyższa się wieczorami. W tydzień po operacyi ciepłomierz wykazuje jeszcze 39°. Odpływ ropy widocznie nie wystarczający.

Przyszła mi wtedy myśl ułożenia chorej w pozycyi Trendelenburga, z długim drenem, którego jeden koniec głęboko leżał w śródpiersiu, drugi zaś zatopiony był w naczyniu napełnionem roztworem sublimatu.

Od tej chwili odpływ ropy ułatwił się znacznie, polepszenie widoczne z każdym dniem, gorączka opada: waha się od 36·7 do 37·5° w czasie od 27. Maja do 14. Czerwca.

Ale chora, mimo przerw kilkugodzinnych, nie może już znosić ułożenia niskiego głowy i dostaje uderzeń krwi i zawrotów; stan jednak polepsza się znakomicie.

Dnia 15. Czerwca raptem gorączka idzie w górę do 39·5°. Nowe powikłanie: *Otitis media sinistra*. Ropienie z śródpiersia większe.

Stosuję dren-lewar (Bülau), który tak znakomite oddaje usługi przy leczeniu wypocin ropnych opłucnej. Z głębi śródpiersia, przebijając opatrunek, dren wpuszczony do flaszki, napełnionej sublimatem; flaszka zaś przywiązana do paska pacyentki, znajduje się znacznie niżej, niż poziom śródpiersia. Akcya lewaru jest ciągłą, chora chodzi z tym aparatem a ilość wydzielanej dziennie ropy wynosi do 150 gramów. Gdy chora leży, stósownie niskie ustawienie flaszki, zapewnia także dobry odpływ i regularne działanie przyrządu. Skutek był rychły. Temperatura spadła wkrótce poniżej normalnej, rana zaczęła się zwężać i pokrywać granulacyami, chorej zaś z każdym dniem przybywało sił i ciała.

Zresztą przez cały czas pobytu chorej w szpitalu, karmiono ją za pomocą sondy trzy razy na dzień.

W tych okolicznościach wydzielina ropna zmniejszała się znacznie, pacyentka chodziła jeszcze z swoją flaszką, ale zaczęto powoli dren skracać, aż nareszcie 14. Lipca uznano za stósowne dren usunąć zupełnie.

Z długiej, zewnętrznej rany, została wkrótce mała przetoka, przez którą sączyło się trochę śluzu skąpo z ropą zmieszanego, lub parę kropel wody, jeżeli dla próby dozwalano pacyentce napić się bez sondy. (Dokończenie nastąpi).

II. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Przechodzę teraz do grupy drugiej.

Tutaj należą przypadki drżenia óczu, spotykanego zazwyczaj u dzieci lub w ogóle młodych osób, u których istnieje albo jakaś wada utworowa w oczach, albo zmiany we wczesnym wieku niemowlęcym nabyte, upośledzające wzrok w większym lub mniejszym stopniu. Ten rodzaj drżenia óczu jest najczęstszym. Przyczynę upatrują tu wszyscy w upośledzeniu bystrości wzroku, w wieku bardzo wczesnym. Spotykamy je

więc często u albinosów. Zehender n. p. twierdzi, że nie widział nigdy albinosa bez drżenia ócz, choćby niskiego stopnia. Dalej w przypadkach zaćmień środków łamiących oka, jak plamy rogówkowe lub zaćma częściowa, w przypadkach niedowidzenia bez tła anatomicznego (*amblyopia congenita*), w przypadkach *coloboma choroideae. microphthalmus congenitus, retinitis pigmentosa,* w przypadkach wad refrakcyi wysokiego stopnia, zwłaszcza niezborności i t. d. Tego rodzaju przypadki i w naszej klinice często spotkać można. *Nystagmus* ten bywa najczęściej obuoczny, chociaż znane są przypadki, w których występował tylko na jednem oku. Zehender, Soelberg, Wells, Graefe i inni opisali także drżenie jednego oka, występujące zawsze jako drżenie pionowe; w tych wszystkich bystrość wzroku upośledzoną była na oku dotkniętem drżeniem, na drugiem prawidłową. Te przypadki drżenia jednostronnego sprzeciwiają się twierdzeniu Arlta, jakoby ono nie mogło wystąpić nigdy, jeżeli jedno oko ma prawidłową bystrość wzroku.

Na odwrót, jeżeli jedno oko ma bystrość wzroku upośledzoną a drugie jest całkiem ślepe, nawet poczucia światła pozbawione, to ono też bierze udział w drganiach tamtego, na niem także występuje *nystagmus*. Podobny przypadek mieliśmy niedawno w klinice. Spotkać też możemy drżenie nawet na oczach zupełnie ślepych (i taki przypadek już widziałem), jeżeli oślepły we wczesnej młodości, ale jeśli ślepotę poprzedził okres niedokładnego widzenia (Zehender); tu jednak ostrzedz muszę przed uważaniem za *nystagmus* tych ruchów powolnych, bezcelowych, jakie wykonywają oczy ślepe od urodzenia lub później oślepłe.

Co do formy tego drżenia, to najczęstszem jest poziome, czasem kołowe. Nakonz opisał jeden przypadek *n. diagonalis* a n. p. w wyczerpującej pracy Bohma nie ma nawet wzmianki o *nystagmus verticalis*, równie jak w dobrej pracy Kugla. Że jednak ta postać drżenia także jest możebną, dowodzą powyższe przypadki drżenia jednoocznego. We wszystkich przypadkach tej grupy drżenie nie jest wrodzone, lecz nabyte, jakkolwiek Wecker[15]) opisuje drżenie u dziecka 3-miesięcznego, które według stanowczego twierdzenia rodziców istniało od urodzenia.

Ten rodzaj drżenia trwa z małymi wyjątkami przez całe życie, ponieważ przyczyna wzrok upośledzająca rzadko da się usunąć.

Nie ulega wątpliwości, że w tej grupie przyczynę drżenia upatrywać musimy w upośledzeniu bystrości wzroku, trwającem od urodzenia lub nabytem wcześnie po urodzeniu (w pierwszym roku życia). W jaki sposób to niedowidzenie daje powód do drżenia ócz, to mimo rozmaitych przypuszczeń nie jest jeszcze całkiem wyjaśnionem. Pewnem jest tylko, że żadne upośledzenie wzroku, chociażby lata trwające, ale nabyte w późniejszym wieku nie wywołuje drżenia ócz, jak z drugiej strony nie każde niedowidzenie wrodzone lub we wczesnem dzieciństwie nabyte, musi koniecznie pociągnąć za sobą drżenie ócz. Arlt w swoim podręczniku tłómaczy powstawanie takiego drżenia ócz w następujący sposób. W przypadkach wrodzonego lub wcześnie nabytego niedowidzenia wrażenia, jakie mózg dziecka od siatkówki odbiera, są niedostateczne; dziecko widzi niedokładnie, chce więc spotęgować wrażenia i w tym celu powstają u niego szybkie drgania gałek ocznych, aby obrazek przedmiotu padł kilkakrotnie na tę samą część siatkówki. Tłómaczenie swoje opiera Arlt na znanem zjawisku fizyologicznem. Jeżeli jakiś drobny przedmiot znajduje się poza granicą dokładnego widzenia, to człowiek prawidłowo widzący nie zobaczy go, dopóki przedmiot będzie nieruchomym, przeciwnie uda mu się go zaraz dostrzedz, jeżeli przedmiot ten zacznie wykonywać ruch; teraz wrażenia, jakie odbiera siatkówka, sumują się i pożądany skutek w ośrodkach wzrokowych łatwiej może być wywołanym.

Bohm, który się dużo sprawą drżenia oczu zajmował i jeszcze w roku 1857 ogłosił cenną o nim pracę, inne podaje tłómaczenie. Obwinia on czynniki dynamiczne. Na tej podstawie, iż obok drżenia ócz, często można spotkać zez, twierdzi Bohm, że w przypadkach drżenia ócz zawsze jest skrócony m. prosty wewnętrzny oka mającego lepszą bystrość wzroku, przez to jego przeciwnik, m. prosty zewnętrzny jest naciągnięty, wydłużony i osłabiony. Jeżeli chory chce widzieć jakiś przedmiot, to instyktownie nastawia nań oko lepiej widzące i utrzymuje je w tem położeniu dopóty, dopóki się wpatruje.

Zadanie to dla osłabionego m. prostego zewnętrznego jest za wielkie, jest on niejako przeciążony pracą i popada wskutek tego w drgania kloniczne, jak to można widzieć na każdym mięśniu, któremu każe się przez czas dłuższy wykonywać pracę zbyt wielką na jego siły. A ponieważ ruchy ócz są skojarzone, przeto drgania jednego oka udzielają się drugiemu i powstaje drżenie obuoczne. Tem też tłómaczy Bohm dlaczego zawsze, zdaniem jego, da się wynaleść taki kierunek linii widzenia, czyli innemi słowy takie miejsce w przestrzeni dla przedmiotu, że *nystagmus* jeśli przy tem nie ustaje całkowicie, to przynajmniej widocznie się zmniejsza. Chodzi tu bowiem tylko o to, żeby przedmiot tak umieścić przed oczyma chorego, żeby zwrócenie nań oka ze skróconym mięśniem prostym wewnętrznym było najłatwiejszem i najmniejszego wymagało natężenia ze strony m. prostego zewnętrznego. Teorya ta jednak nie tłómaczyłaby nam wcale drżenia oczu całkiem oślepłych, bo i tu przecież odpada ów bodziec dla m. prostego zewnętrznego w interesie dokładniejszego widzenia. Prócz tego Nakonz przedsięwziął szereg doświadczeń, które to zapatrywanie Bohma obalają, lecz roztrząsanie tego za dalekoby nas doprowadziło.

Alfred Graefe[16]) w rozdziale o *nystagmus* przyznając, iż niedowidzenie, bardzo wcześnie nabyte, daje powód do niego, przypuszcza, że ono samo jednak nie wystarcza, że musi tu jeszcze odgrywać rolę jakieś zboczenie w mięśniach ocznych, do drżenia ócz usposabiające. Za tem przemawiają niektóre okoliczności, że tu tylko przytoczę rzecz znaną, że niedowidzenie wrodzone lub wcześnie nabyte nie wywołuje zawsze drżenia oczu, że naodwrót widzimy czasem drżenie ócz przy bardzo nieznacznem upośledzeniu wzroku a nawet, lubo wyjątkowo, przy wzroku zupełnie prawidłowym (oczywiście nie mówiąc o *nystagmus* górników). Przeciw zdaniu Arlta, jakoby drganie ócz miało na celu łatwiejsze dostrzeganie przedmiotów świata zewnętrznego, przemawia według Graefego ta okoliczność, że nierzadko

[15]) Traité des maladies des Yeux. t. II. p. 478.

[16]) Handbuch. Graefe-Saemisch.

obok drżenia ócz spotykamy i drgania głowy, drżeniu ócz wprost przeciwne a zatem jak gdyby drżenie ócz kompensujące, co byłoby niepotrzebnem, jeśliby właśnie *nystagmus* przyczyniał się do lepszego widzenia. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

W sprawie przeszczepialności raka [1]).

Podał

Doc. Dr. Aleksander Rosner,
1-szy asystent.

Ou il faut renoncer à la chirurgie du cancer, ou nous devons, ici comme ailleurs à travers les insuccès et les déboires inévitables pour suivre les cas heureux, qui peuvent nous consoler des autres.

Richelot.
(L'hystérectomie vaginale).

Pisząc niedawno o nowo proponowanym przez profesora Jordana sposobie wyjmowania macicy dotkniętej rakiem przez pochwę za pomocą termokauteru, wspomniałem tylko pobieżnie o przypadku niewątpliwego przeszczepienia raka podczas zabiegu krwawego a trzymając się ściśle tematu, zaledwie kilku słowami dotknąłem sprawy przeszczepialności raka. Przypadek zrządził, że od czasu tamtej publikacyi miałem sposobność po raz drugi obserwować skutki implantacyi nowotworu na świeżą ranę operacyjną. Chciałbym więc dziś opisać dwa te — bądź co bądź nieczęste — przypadki i na podstawie piśmiennictwa, z którem miałem sposobność się zapoznać, zastanowić się nad dwoma pytaniami: 1) Jakie wnioski m a p r a w o wysnuwać z przeszczepialności raka n a u k a t e o r e t y c z n a a 2) do jakich konkluzyj i do jakiego postępowania m a o b o w i ą z e k dojść względnie dążyć wobec tej okoliczności m e d y c y n a p r a k t y c z n a, o p e r a c y j n a. Roztrząsając to drugie pytanie, ograniczę się do stanowiska operacyjnej ginekologii.

Przypadek I-szy: M. J., lat 28, religii rzymsko katolickiej, ze Słomnik, (Nr. prot. gin. z r. 1893/4. 137.) przyjęta do kliniki 13. Czerwca 1894 r.

Rodziła dwa razy, ostatni raz przed 7-miu miesiącami prawidłowo. Obecnie karmi dziecko. Ma od czterech miesięcy krwawienia i białe upławy brudne. Krwawienia te bywają czasami obfite tak, że wypływają skrzepy krwi. Bóle w krzyżach, które trapiły ją przez 3 miesiące, ustały przed miesiącem. W oddawaniu moczu i stolca żadnych zaburzeń.

S t a n o b e c n y: Niedokrewność, budowa dobra, odżywienie podupadłe. W pochwie twór kalafiorowaty, wychodzący z bocznej prawej ściany pochwy niedaleko sklepienia, kruchy, łatwo krwawiący, wielkości jaja kurzego. Szyja i trzon macicy zachowują się pod każdym względem prawidłowo, trzon nieco mniejszy, jak to wydarza się u karmiących. Niewątpliwie mamy do czynienia z pierwotnym rakiem pochwy a mianowicie z papilarnym kankroidem, jak to zresztą po zabiegu wykazało badanie drobnowidowe, wykonane w zakładzie anatomii patologicznej. Nazajutrz po przyjęciu chorej przystąpiono do z a b i e g u o p e r a c y j n e g o. Narkoza, dokładna desinfekcya pochwy. Odsłonięcie wziernikiem Martina i ściągnięcie nowotworu ku szparze sromnej. Ponieważ rozchodziło się o dokładne, o ile być może, radykalne usunięcie raka i szybkie zatamowanie krwotoku, przeto wykonałem dla uprzystępnienia sobie pola operacyjnego obustronną epizyotomię. Zabieg poszedł gładko. Ranę pochwową i obie rany sromne po dokładnem opłukaniu sublimatem 1$^0/_{00}$ zaszyto jedwabiem.

Badanie histologiczne w zakładzie anatomii patologicznej wykazało, że nawrót cierpienia jest nieuchronnym; w wiotkiej tkance łącznej, w której nowotwór oddzielono od podstawy, znaleziono ogniska rakowe.

W ciągu leczenia tylko lewa rana sromna zgoiła się doraźnie *(per primam)* rana po epizyotomii prawej i pochwowa goiły się przez ziarninę, jednak tak szybko, że chora już 2 Lipca 1894. mogła opuścić klinikę.

11. Października zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z nawrotem cierpienia. Opowiada przytem, że już w miesiąc po wyjściu z kliniki zauważyła na prawej wardze sromnej trzy guzki, które szybko rosnąc, zlały się wkrótce ze sobą w jeden guz większy. Ma teraz bóle w krzyżach i jest bardzo osłabiona. Wejrzenie pacyentki jest obecnie znacznie gorsze, kachektyczne.

Badanie części rodnych wykazuje na wardze sromnej większej prawej, w części dolnej, w miejscu odpowiadającem epizyotomii guz kalafiorowaty większy od jaja kurzego, kruchy, łatwo krwawiący, wychodzący wyraźnie z blizny po przecięciu sromu. Zewnętrzny koniec blizny niezajęty nowotworem wysuwa się z popod niego. W pochwie również nawrót raka miejscowy, oddzielony od guza sromnego szerokim pasem zdrowej, niezajętej przez nowotwór błony śluzowej. Pacyentka wie tylko o guzie na sromie i jest tym nawrotem bardzo przygnębiona. Nie chcąc jej odbierać nadziei i zatruwać ostatnich chwil życia, postanowiliśmy usunąć ten guz nie tykając nawrotu pochwowego. Zabieg ten wykonałem 15. Października 1894 r. Usunięty guz poddałem badaniu drobnowidowemu po ustaleniu w sublimacie (wysycony roztwór wodny) i zatopieniu w parafinie. Skrawki barwiłem hematoksyliną, eozyną, safraniną lub karminem. Nowotwór przedstawia się jako rakowiec *(cancroid)* z bardzo ładnemi ogniskami Waldeyerowskiemi. Starałem się przekonać, jaki jest związek nowotworu z blizną; w preparatach nie trudno też było znaleść bliznę a wśród niej niewielkie ogniska nowotworu. Skrawki te był łaskaw przejrzeć P. Rektor Browicz, przyczem wypowiedział zdanie, że aczkolwiek badanie drobnowidowe tych skrawków nie może wyjaśnić, czy nowotwór wyszedł z blizny, czy w nią wrósł, to przecież uwzględniając historyę choroby naszej pacyentki, musi się nabrać przekonania, że mamy tu do czynienia z niedwuznacznym przypadkiem wszczepienia raka podczas operacyi; badanie zaś mikroskopowe, wykazujące rzeczywiście ogniska w bliźnie, żadną miarą temu zapatrywaniu sprzeciwiać się nie może.

Przypadek drugi, podobny do pierwszego, różni się od niego przedewszystkiem tem, że nie jest tak dokładnie obserwowany i że z przyczyny niezawisłych odemnie okoliczności, nawrót powstały z wszelkiem podobieństwem do prawdy również przez wszczepienie, nie mógł być badanym drobnowidowo.

Pacyentka M. S., lat 51, licząca, zamężna, zauważyła, że od kilku tygodni po każdem spółkowaniu pojawia się krew z części rodnych. Wezwany z początkiem Marca do pacyentki, przekonałem się, że chora dotknięta jest rakiem szyi macicznej dość daleko posuniętym, nie odbierającym jednak nadziei doszczętnego usunięcia. Przyjęta 7. Marca do kliniki, poddana została operacyi nazajutrz. Kolega Kośmiński, który chorą operował, miał do walczenia z poważnemi trudnościami; pokazało się bowiem dopiero podczas zabiegu, że więzy maciczno-krzyżowe a częściowo i tkanka łączna okołomaciczna zajęte były nowotworem. Dla ułatwienia sobie dostępu, zmuszony był kol. Kośmiński wykonać epizyotomią prawą. Chorą, która wkrótce po zabiegu została przewieziona do domu, odwiedziłem kilkakrotnie. 9. Kwietnia badał ją również kol. Świtalski. Otóż przedewszystkiem można było

[1]) Obszernej, 85 dzieł i rozpraw przytoczonych przez autora obejmującej literatury nie możemy niestety umieścić dla braku miejsca. (Przyp. red. *Przegl. lek.*).

zauważyć, że nawrót cierpienia rozwija się nadzwyczajnie szybko i naraz w bardzo dużym obszarze. Już w pierwszych dniach Kwietnia cała tylna ściana pęcherza odsłonięta podczas operacyi zajęta była naciekiem nowotworowym a tkanka łączna okołomaciczna po obu stronach, przedstawiała również naciek zbity jednostajny, podobny do zapalnego. Przestrzeń powstałą przez wyjęcie macicy wypełniały masy rozpadającego się nowotworu. Około 5. Kwietnia zaczął odchodzić mocz bezwiednie z powodu przetoki nowotworowej. 19. Kwietnia wezwany do pacyentki, znalazłem ją bardzo wyniszczoną, przekonałem się o jeszcze większym rozroście nowotworu, ale nadto oglądając niezupełnie jeszcze zgojoną ranę po epizyotomii, zauważyłem ciekawy szczegół. Oto wśród bladej, małej ziarniny w górnej części rany znajduje się guzek wielkości fasoli, od otoczenia twardszy, kruchy, krwawiący, barwy blado-sinawej. Guzka tego nie mogłem wyciąć, gdyż pacyentka z trudem do operacyi namówiona i srodze w nadziejach swoich zawiedziona, o żadnym zabiegu słyszeć nie chce, wnosząc jednak z wejrzenia, zbitości i z wszelkich towarzyszących okoliczności, nie wahałbym się utrzymywać, że guzek ten jest pochodzenia rakowego. Dnia 8. Maja widziałem pacyentkę ponownie. Guzek powiększył się wyraźnie, zaś ziarnina pokryła się przyskórkiem, przez co wyróżnia się on tem bardziej od otoczenia. Bardzo szybki rozwój nawrotu na tylnej ścianie pęcherza i w tkance okołomacicznej, jak niemniej jego cechy zgadzające się dokładnie z charakterami Winterowskiego *Impfrecidiv* przemawiają w tym przypadku za przeszczepieniem raka.

Czy ta postać nawrotów jest częsta, trudno udowodnić, to jednak wydaje się pewnem, że jest możliwa, bo w ogóle sprawa przeszczepialności raka nie ulega dziś żadnej wątpliwości. Już samo tworzenie się przerzutów za pośrednictwem naczyń limfatycznych i krwionośnych jest właściwie wszczepieniem się przeniesionych cząsteczek nowotworu w zdrowe dotąd tkanki. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i anatomopatologicznych dowodzi, że u człowieka dotkniętego rakiem, mogą powstawać ogniska tego nowotworu i w inny sposób, nie w postaci zwykłych naczyniowych przerzutów. I tak zdarza się niewątpliwie, że cząsteczki raka oderwane od głównego ogniska mogą się gdzieś na powierzchni skóry, błony śluzowej lub surowiczej osadzić, przyjąć i rozróść w nowe ognisko; znane są dalej przypadki tak zwane *Contact krebs*, t. j. raka, który powstał na błonie śluzowej, skórze lub błonie surowiczej w miejscu, które stykało się czas dłuższy z pierwotnem ogniskiem rakowem.

Już Virchow zwraca uwagę na to, że w przypadkach raka żołądka, który przerósł otrzewnę, nowotwór rozsiewa się czasem po otrzewny i to w ten sposób, że mimowoli nasuwa się myśl, że z głównego nowotworu odrywają się cząstki, spadają po gładkiej otrzewnie i zatrzymują się we fałdach i w najniżej leżących miejscach. Te ogniska wyglądają tak: *wie wenn ein Seminium ausgestreut wäre*, *welches hie und dahin gefallen wäre und gekeimt hätte.* W podobny sposób tłómaczyć się dających przypadków nie brak w literaturze. I tak Klebs przytacza trzy przypadki raka, który z ust względnie połyku dostał się na krzywiznę dużą żołądka. Zupełnie podobny jest przypadek Israela. Moxon opisuje przypadek, w którym rak połyku przebiwszy tchawicę rozsiał się po płucach. Ten sam autor wspomina, że Morgan miał widzieć raka w dolnej części przewodu kręgowego obok pierwotnego nowotworu w jamie czaszki; miał on się tam dostać za pośrednictwem *cavi subarachnoidealis*. Erbse w rozprawie poświęconej wyłącznie sprawie przeszczepialności raka, wspomina o chorym, u którego zupełnie, jak w przypadku Moxona rak połyku przebił tchawicę i pojawił się w wielu miejscach w płucach. Ricard opisuje przeszczepienie się raka języka na dolną część połyku, Voiturien wspomina o podwójnym raku języka; przestrzeń między obydwoma ogniskami była zdrowa. Beneke w sumiennym i pouczającym swoim referacie, tyczącym się nowszych prac o raku a opartym na 432 nowych publikacyach, wspomina również o podobnych przypadkach przeszczepienia się raka. I tak Landgraf widział raka krtani u człowieka mającego raka połyku w wysokości rozdziału tchawicy.

Kraske opisuje dwa przypadki wrzodziejącego raka prostnicy; w obu przyszło do wytworzenia się drobnych guzków tego samego nowotworu tuż nad otworem stolcowym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

W powietrzu wolnem, przy ustawicznym ruchu jego, bardzo mało jest bakteryj, ponieważ rozpraszają się one bardzo, nader zaś rzadko znajdujemy bakterye chorobotwórcze. Nie wyklucza to jednak możności zarażenia się na wolnem powietrzu, szczególniej w bliskości miejsc, gdzie panują choroby zakaźne n. p. w bliskości szpitalów epidemicznych. O wiele większe jest niebezpieczeństwo zarażenia się w miejscach zamkniętych n. p. w izbach, gdzie leżą chorzy dotknięci chorobami zakaźnemi. Rzadko bardzo udziela się człowiekowi odra, płonica, dur osutkowy na wolnem powietrzu, najczęściej przez pośrednie lub bezpośrednie stykanie się z chorymi. Nawet prątków gruźliczych, które przez długi czas w powietrzu zachowują swoją żywotność, nie wykryto w powietrzu ulicznem. O istnieniu zatem powietrza zakaźnego (morowego) wolnego nawet mowy nie ma; możemy się tylko zastanowić nad powietrzem zakaźnem zamkniętem.

Badania swoje przeprowadziłem szczegółowo przedewszystkiem w oddziele chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza a wyniki otrzymane porównałem z innymi oddziałami i z powietrzem zanieczyszczonem mieszkań prywatnych. Trzymając się sposobu podanego przez prof. Bujwida, któremu za pomoc mi udzieloną na tem miejscu serdecznie dziękuję, używałem metody płytkowej. Sposób ten, przyznać muszę, jest najodpowiedniejszym, bo jest prosty a w przybliżeniu daje nam pojęcie o stopniu zanieczyszczenia powietrza. Na płytkę Petriego wyjałowioną rozlewa się jednostajnie około 10 cm.³ żelatyny rozpuszczonej i przykrywa górnym kloszem. Po kilku minutach żelatyna zastyga, krzepnie a wtedy zdejmujemy górny klosz i zostawiamy żelatynę otwartą na pięć minut. Po kilku, 5—6 dniach, wyrastają kolonie bakteryi i pleśnie, które można odosobnić, przeszczepić i wyhodować na rozmaitych pożywkach. Jedna płytka zamknięta służyła mi do kontroli.

Co do oddziału zakaźnego, otrzymałem następujące wyniki:

W sali mężczyzn A podczas zamiatania 140 bakteryj i 4 pleśnie a we dwie godziny po zamiataniu 98 bakteryj i 3 pleśnie.

W sali kobiet B podczas zamiatania 157 bakteryj i 5 pleśni a we dwie godziny po zamiataniu 102 bakteryj i 3 pleśnie.

W sali cholerycznej, teraz pustej, po wybieleniu 29 bakteryj i 2 pleśnie.

W sali C (dur osutkowy) w kilka godzin po zamiataniu 97 bakteryj i 4 pleśnie.

W sali D (dur osutkowy) w kilka godzin po zamiataniu 60 bakteryj i 2 pleśnie.

Powietrze w wychodku 130 bakteryj i 12 pleśni.

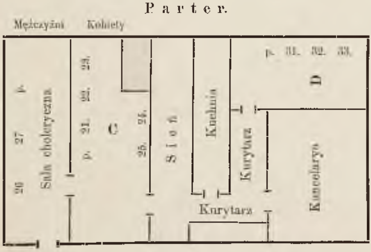
Powietrze w sieni podczas liczenia brudów 198 bakteryj i 6 pleśni.

Powietrze na podwórzu 5 bakteryj.

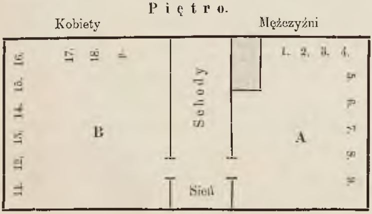
Liczba bakteryj zmienia się jednakowoż — co zależy: 1) od ciepłoty powietrza, w dniach mroźnych podczas zamiatania otrzymywałem na sali A i B po 40—60 bakteryj; 2) czy podczas zamiatania podłoga jest wilgotną lub nie. Gdy podłoga jest wilgotną, bakteryj jest o wiele mniej. Zwykle zamiatanie oddziału odbywa się za pomocą ścierki zwilżonej 5% roztworem kwasu karbolowego. Wyjątkowo dla badania poleciłem zamiatać na sucho. Po zamiataniu w wyż opisany sposób znalazłem 50—70 bakteryj w sali A i B.

Plan oddziału chorób zakaźnych.

P a r t e r.



P i ę t r o.



Co do gatunków bakteryj, to określałem je według pracy prof. Bujwida: B a k t e r y e w p o w i e t r z u z r o k u 1894. i według Eisenberga: *Bakteriologische Diagnostik.*

A. Nie chorobotwórcze.

1) Z i a r n i k i.

a) *Micrococcus subflavus*. Ziarniki drobne w gromadki ułożone, tworzą kolonie barwy brudno-białej. Żelatyny z początku nie rozpuszczają, tworzą na jej powierzchni szarawy krążek. Rośnie dobrze i wzdłuż przewodu wkłucia, w którego dolnej części widoczne są pojedyncze kolonie. Po kilku tygodniach rozpuszcza górną warstwę żelatyny. Na agarze nalot lepki, ciągnący się, żółtawy. Ruchliwość słaba.

b) *Micrococcus coronatus aurantiacus*. Ziarniki okazujące słabe ruchy oscylacyjne, tworzą duże kolonie okrągłe, rozrzedzające żelatynę. W hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę warstwowo tworząc na ścianach probówki i w żelatynie grudkowaty osad, który z powodu lekkości na dno nie opada. Na agarze nalot suchawy, złocisto-żółty.

c) *Micrococcus coronatus albus* tworzy kolonie okrągłe, białe, wielkości główki od szpilki. W hodowli kłutej na powierzchni żelatyny powstaje miejsce śnieżnej białości, kształtem podobne do listka koniczyny, później żelatyna rozpuszcza się bardzo powoli w postaci lejka a równocześnie listek stając się większym, odpowiednio do lejka się zagłębia. Pod drobnowidzem ziarniki małe skupione okazują szybkie ruchy. Na agarze nalot porcelanowo-biały, lepki.

d) *Coccobaccillus flavus liquefaciens* tworzy kolonie duże, żelatynę rozrzedzające, barwy żółtej, o budowie w środku jednostajnej, o brzegu jaśniejszym, czego przy starszych koloniach nie widać. Ziarniki małe, niektóre wydłużone podobne do prątków, skupione o słabych ruchach; w hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę lejkowato; rozrzedzona żelatyna mętna. Po kilku dniach rozrzedzenie dochodzi do ścian rurki odczynnikowej i odtąd postępuje warstwowo. Na agarze tworzy nalot gruby, żółty, mazisty (nieznany).

e) Ziarniko laseczki szare α) kolonie bardzo podobne do kolonij tyfusowych; brzeg tylko jest równy i kolonie są znacznie większe, natomiast w środku budowa do siateczki podobna. Ziarniki duże, owalne, niekiedy po 2, niektóre do prątków podobne, skupione. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną silniej w głębi, niż na powierzchni a na agarze tworzą nalot szarawy (nieznany).

f) *Micrococcus aurantiacus* β) tworzy kolonie małe, okrągłe, barwy żółtej, nie rozrzedzające żelatyny, okazujące w środku ziarnistość. Ziarniki dość duże, mało ruchliwe, w gromadki skupione. Na powierzchni rosną słabo, dość silnie wzdłuż przewodu wkłucia (tem się różni od *micrococcus aurantiacus* Flüggego). Na agarze tworzy nalot żółtawo-pomarańczowy (nieznany).

g) Ziarniki żółto-pomarańczowe tworzą kolonie małe, drobne, okrągłe nie rozrzedzające żelatyny, przeźroczyste, okazujące w środku ziarnistość. W hodowli kłutej rosną dobrze i na powierzchni i w głębi; pod drobnowidzem ziarniki małe, owalne, niekiedy ułożone po 2—3. Na agarze nalot żółto-pomarańczowy, gęsty, nie lepki. (Opisany przez prof. Bujwida pod Nrem 29).

h) *Micrococcus albus* tworzy kolonie duże, rozrzedzające żelatynę. W hodowli kłutej rozrzedza żelatynę w postaci lejka; rozrzedzona żelatyna mętna, po kilkunastu dniach staje się czystszą. Na agarze nalot biały (dokładnie opisany przez prof. Bujwida Nr. 9).

i) Ziarniko-laseczki szare β). Kolonie duże powierzchowne nie rozrzedzające żelatyny, bardzo podobne do kolonii *bacterium coli*. Znalezione podczas liczenia brudów. Ziarniki niektóre wydłużone do prątków podobne, nieruchliwe. W hodowli kłutej na powierzchni tworzą nalot dość gruby, rosną słabiej w głębi. Na agarze nalot obfity szarawy, (nieznany). (Ciąg dalszy nastąpi).

V. Formalina jako środek desinfekcyjny w zastósowaniu praktycznem.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

Skoro w ostatnich czasach potrzeba wyjaławiania szczotek, służących do oczyszczenia rąk przed operacyą dała pohop do prac w tej mierze i rozleglejszych badań na tem polu, a dotychczasowe wyniki nie dały odpowiednich rezultatów, myśl zastósowania do tego par formalinowych równocześnie z wprowadzeniem formaliny do dentystyki nasunęła mi się pod dwojakim względem: Po pierwsze użyć par formalinowych do sterylizacyi szczoteczek służących do czyszczenia zębów jak również szczotek do mycia rąk dla chirurgów; po drugie do sterylizacyi katgutu. Doświadczenia na tem polu przeprowadzone, jak dotychczas dają zupełnie zadawalniające rezultaty; jakoż zanieczyszczone różnemi drobnoustrojami a nawet wąglikiem (*anthrax*) szczotki po 12 godzinach sterylizacyi w parach formalinowych są aseptyczne. Przyrządem do tatakiej sterylizacyi może być zwykłe, szczelnie zamknięte naczynie szklane, na którego dnie znajduje się wata (flanela, asbest, bibuła) napojona formaliną. Wykonaniem odpowiednich, dogodniejszych dla publiczności przyrządów zajęła się według moich wskazówek firma Lautenschlaegera w Berlinie a poprzestając chwilowo na tymczasowem doniesieniu, ostateczne wyniki badań, które podjęliśmy wspólnie ja i Dr. Kozłowski, asystent kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera, ogłosimy wkrótce po ich ukończeniu.

VI. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Drugim ważnym czynnikiem dla przechodzenia bakteryj z jelita do jamy brzusznej w zwłokach są stosunki sprzyjające zgniliźnie. Wynika to nietylko z obserwacyj A. Fraenkla [117]), lecz także z obserwacyj Lesage'a i Macaigne'a [118]), oraz Marfana i Manna [119]), według których w trupach dzieci *bacterium coli commune* znacznie prędzej przechodzi z jelit do narządów w lecie, aniżeli w zimie.

Trzecim wreszcie czynnikiem, dotychczas niestety jeszcze bardzo mało uwzględnionym jest stan przewodu pokarmowego. Wurz i Hermann [120]) doszli do przekonania, że *bacterium coli commune* dostaje się po śmierci do odległych narządów (wątroba, śledziona, nerki) tylko wówczas, gdy w jelitach są zmiany patologiczne. Jest to twierdzenie w każdym razie przesadzone wobec tego, że zmiany pośmiertne, tak rychło występują w jelicie; jest jednak zupełnie zrozumiałem, że przy istniejących w ścianie jelita zmianach patologicznych, powstałych jeszcze za życia, bakterye kałowe po śmierci łatwiej przez taką ścianę przechodzą, aniżeli przez ścianę prawidłową.

Czynnik przytoczony na ostatniem miejscu, t. j. stan, w jakim znajduje się ściana jelita, zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie w przypadkach zapalenia otrzewny. Już wyżej przytoczono, że stan śródbłonka otrzewnowego ma doniosłe znaczenie w przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita. W przypadkach ogólnego zapalenia otrzewny śródbłonek surowiczej powierzchni jelita bywa zawsze patologicznie zmienionym; bakterye jelita mogą więc w tych przypadkach już z samego tego powodu przechodzić do jamy brzusznej rychlej, aniżeli to bywa w trupach, w których jama brzuszna zmian patologicznych nie przedstawia.

Jak się pokazuje z danych, powyżej zestawionych, należy być nadzwyczaj oględnym w ocenianiu doniosłości wyników bakteryologicznego badania wysięków brzusznych. Po pierwsze, pamiętać należy, że częstokroć mikroskopowo można w nich wykazać różne gatunki bakteryj a na zwykłych płytach żelatynowych rośnie jedynie *bacterium coli commune*, że wiele gatunków bakteryj, znajdujących się w danym wysięku, nie daje się więc wyhodować za pomocą zwykłych metod bakteryologicznych a więc nie daje się zbadać dokładnie. Powtóre należy uwzględniać wszystko to, co powiedziano wyżej o przechodzeniu bakteryj po śmierci ze światła jelita do jamy otrzewny.

Potrzecie, należy uwzględniać właściwą chorobotwórczość drobnoustrojów znalezionych w wysięku brzusznym. Gdy mamy do czynienia z mikroorganizmami ropnymi, lasecznikami gruźliczymi, pneumokokami lub innemi bakteryami chorobotwórczemi w hodowli czystej, związek ich etyologiczny z cierpieniem otrzewny nie ulega wątpliwości. Rzecz się przedstawia już trudniej, gdy znajdujemy w wysięku otrzewnowym, jak to najczęściej się zdarza, kilka gatunków bakteryj. Według Krafta [121]) właściwe bakterye chorobotwórcze można odróżnić od tych, które się później do jamy brzusznej ze światła jelita dostały, tylko przez wykazanie pierwszych w śledzionie, nerkach i wątrobie. Po upływie 10—11 godzin po śmierci bakterye chorobotwórcze dadzą się już wykazać w wymienionych narządach, bakteryj zaś jelitowych w tym czasie tam nie będzie można znaleść.

Kwestya staje się jeszcze bardziej skomplikowana, gdy w wysięku brzusznym znajdujemy bakterye z jelit. Wprawdzie w świetle przewodu pokarmowego prawie zawsze znaleść można bakterye o znanych własnościach chorobotwóczych, jednak, jak to już wyżej zaznaczono, w przypadkach zapalenia otrzewny powstałego wskutek spraw w jelitach, z wysięku brzusznego daje się najczęściej wyhodować tylko *bacterium coli commune*. Mikroorganizm ten, będący w zwykłych okolicznościach niewinnym saprofitem, posiada już ogromną literaturę a jest ona tem ciekawszą, że przy badaniu tego gatunku powstało wiele kwestyj doniosłych ze stanowiska ogólno-bakteryologicznego. Nie mogąc na tem miejscu uwzględnić tej literatury, odsyłam interesujących się kwestyą *bacterii coli communis* do obszernych, aczkolwiek bynajmniej nie wyczerpujących zestawień Wurza [122]), Malvoza [123]), Biernackiego [124]) i innych.

[117]) A. Fraenkel: l. c.

[118]) Lesagea i Macaignea: l. c.

[119]) Marfan et Mann: Revue mens. des maladies de l'enfance. Juillet 1892. (Cyt. wedł. 72).

[120]) Wurz et Hermann: De la presence frequente du B. coli commune dans les cadavres. Arch. de méd. exp. et d'anat. path. 1891. Nr. 6. p. 734.

[121]) Kraft: l. c.

[122]) Wurz: l. c.

[123]) Malvoz: l. c.

[124]) Biernacki: Bacterium coli commune. Gazeta lekarska 1893. Nr. 1, 2.

Poznawszy okoliczności, wśród których bakterye chorobotwórcze mogą dostać się do jamy brzusznej, chorobotwórczość bakteryj jelitowych oraz ewentualne błędy, jakie przy badaniach, dotyczących tych spraw, zachodzić mogą, przechodzimy do kwestyi najważniejszej w patogenezie zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego a mianowicie, jakiem jest działanie bakteryj chorobotwórczych w jamie brzusznej i jak się względem nich zachowuje błona otrzewna oraz ustrój zwierzęcy w ogólności. Liczba badań doświadczalnych, dotyczących tej kwestyi, jest bardzo pokaźna a wyniki ich w ogóle dość zgodne, rzuciły wiele światła na ciemną sprawę walki zakażonego organizmu zwierzęcego z bakteryami.

Już Wegner[125]) w r. 1876. wstrzykiwał do jamy brzusznej królików gnijący nastój mięsny, filtrowany przez watę, oraz ropę, bakterye, surowicę, mleko gnijące i przekonał się, że zwierzęta padały na zakażenie gnilne tylko w tym razie, jeżli ilość wstrzykniętego płynu była stósunkowo wielka; znosiły zaś ten zabieg zupełnie dobrze, gdy ilość płynu była mała. Naprzykład króliki znosiły wprowadzenie do jamy brzusznej 15 cm.^{3} gnijącego mleka, padały zaś po wprowadzeniu do jamy otrzewny 50 cm.^{3} tego samego płynu. Małe ilości bakteryj zostają według tego autora wchłonięte przez organizm, unieszkodliwione, oraz wydalone z ustroju ze stolcem. Gdy zaś ilość wprowadzonych bakteryj jest tak wielką, że siła resorpcyjna błony otrzewny nie jest w stanie im podołać, następuje ogólne zatrucie organizmu produktami bakteryjnymi. Zatrucie to może nastąpić tak rychło, że w jamie brzusznej nie zdołają się nawet wytworzyć zmiany miejscowe.

Gdy resorpcya z jamy otrzewny jest bardzo wielką, znaczna część bakteryj została wchłoniętą i wydaloną a stósunkowo niewielka część zakaźnego płynu pozostaje w jamie brzusznej, występują w skutek zadrażnienia otrzewny tym płynem zmiany miejscowe, jako to ropne zapalenie otrzewny, rozmaite przewlekłe formy zapalenia tej błony; przytem odbywa się chroniczne wchłanianie istot gnijących, wytwarza się więc chroniczna *sepsis*, która po jakimś czasie sprowadza śmierć.

Pierwszą pracą doświadczalną, dotyczącą patogenezy zapalenia otrzewny, w której autor posiłkował się podówczas już do pewnego stopnia wyrobionemi metodami bakteryologicznemi, jest wyczerpująca praca Grawitza[126]). Grawitzowi chodziło specyalnie o zbadanie okoliczności, w których powstaje ropne zapalenie otrzewny i w tym celu przeprowadził długi szereg doświadczeń na zwierzętach. Wyniki tych doświadczeń były następujące:

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej zwierząt normalnych drobnoustrojów nieropotwórczych, chociażby chorobotwórczych, jakoto przecinkowca cholery, laseczika Finklera-Priora, wszystkich bakteryj, które się dały wyhodować z kału króliczego, w zawiesinie wodnej lub w rozczynie soli kuchennej, nawet z dodatkiem substancyj łatwo podlegających gniciu, jak n. p. z gotowanym miąższem śledziony, oraz w tak wielkiej ilości, że dany płyn nie mógł zostać wchłoniętym w ciągu godziny, nie występowało zapalenie otrzewny. Także okazał się nieszkodliwym świeży kał, rozrobiony wodą i po zagotowaniu wprowadzany do jamy brzusznej królików, nawet w stósunkowo wielkich ilościach.

Po wprowadzeniu bakteryj nieropotwórczych do jamy brzusznej nieprawidłowej, której siła resorpcyjna była upośledzoną, wynik zależał od tego, czy dane bakterye rozkładały białko, czy go nie rozkładały. Jeśli bakterye nie wywoływały gnicia w jamie brzusznej, zostawały one bez szkody dla organizmu powoli wchłaniane, jeśli zaś sprowadzały gnilny rozkład substancyj białkowych, następowało ogólne zatrucie organizmu.

Po wprowadzeniu do prawidłowej jamy brzusznej bakteryj ropotwórczych, zawieszonych w wodzie lub innych płynach obojętnych, nie występowało zapalenie otrzewny; po wprowadzeniu hodowli gronowca ropnego złocistego, zawieszonego w 10% rozczynie soli kuchennej, zmięszanym z odwarem salepu, powstawało tylko zadrażnienie otrzewny, nie zaś zapalenie tej błony.

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej bakteryj ropotwórczych występowało ropne zapalenie otrzewny w okolicznościach następujących:

1) gdy równocześnie z bakteryami wprowadzono do jamy brzusznej jakiś płyn, stanowiący dobrą dla nich pożywkę, w tak wielkiej ilości, że wchłonienie tego płynu wymagało dłuższego czasu, wówczas występowały zmiany zapalne śródbłonka otrzewnowego, oraz emigracya ciałek białych.

2) gdy wraz z bakteryami ropnemi wprowadzono do jamy brzusznej substancye żrące, które, uszkadzając tkankę otrzewny, przyspasabiały niejako grunt dla bakteryj, bakterye ropne osiadały w takich miejscach otrzewny, które uległy uszkodzeniu, rozmnażały się tam i sprowadzały ropny wysięk do jamy brzusznej.

3) wreszcie ropne zapalenie otrzewny występowało stale, gdy bakterye ropotwórcze mogły były osiąść w ranie brzusznej i zakazić ją. (Ciąg dalszy nastąpi).

[125]) Wegner: l. c.
[126]) Grawitz: l. c.

Otyatrya.

Haug: **O żółciołojaku** *(cholesteatoma)* **ucha środkowego.**

H. streściwszy teorye powstawania żółciołojaka ucha środkowego, dochodzi na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych i badań histologicznych do następujących wyników:

1) Pierwotny żółciołojak ucha środkowego, t. j. prawdziwy hetero-plastyczny nowotwór (teorya Virchowa, zmodyfikowana przez Bottchera, Küstera i Mikulicza) istnieje rzeczywiście, ale tylko w bardzo rzadkich przypadkach i powstaje prawdopodobnie z odsznurowanych ognisk przybłonka płaskiego.

2) Przeważająca ilość żółciołojaków ucha środkowego należy do spraw wtórorzędnych i powstaje przedewszystkiem przez wrastanie przybłonka płaskiego z ucha zewnętrznego do ucha środkowego na miejsce zniszczonego przybłonka wałeczkowego, jak to się zdarza po ropnych zapaleniach jamy bębenkowej. To wrastanie przybłonka płaskiego przez przedziurawioną błonę bębenkową samo jeszcze do powstania żółciołojaka nie wystarcza; do tego potrzeba jeszcze współdziałania szeregu przyczyn drugorzędnych. Mianowicie przybłonek płaski wrastający na powierzchnię z przybłonka obnażoną, pod wpływem zalegających w górnym odcinku jamy bębenkowej resztek wypociny, wywierających działanie drażniące, buja mocno i to nietylko w kierunku fizyologicznym, t. j. zajmując coraz znaczniejszą powierzchnię, ale i „hiperfizyologicznym“, wytwarzając warstwy na sobie leżące, które potem kolejno obumierając, jakby ciało obce, wpływają na spotęgowanie i tak już zwiększonej proliferacyi. Ponieważ ciasna przestrzeń górnego odcinka jamy bębenkowej, ograniczona ścianami kostnemi, nie pozwala na wydalenie obumarłych części, przeto powstaje niestósunek między produkcyą a wydalaniem i pod wpływem oporu, jaki stanowią zalegające masy obumarłego przybłonka, zaczyna się rozrost odśrodkowy, prowadzący powoli do zniszczenia kości. Z tego to powodu żółciołojak daleko częściej zajmuje górny odcinek ucha środkowego, niż dolny; podobne stósunki wytwarzają się też u wejścia do przetworów wyrostka środkowego i w samychże przestworach wyrostka a więc w najczęstszych siedzibach żółciołojaka.

Teorya Politzera i Troltscha, przypuszczająca metaplazyę przybłonka okazuje się więc według H. zbyteczną.

Jako dalszą okoliczność, usposabiającą do wytworzenia się żółciołojaka, uważa H. zwężenie lub zamknięcie trąbki Eustachego a to mianowicie ze względu, że zmiany takie utrudniają wysychanie wydzieliny i pozwalają na obfitsze jej gromadzenie się, zwłaszcza w górnym odcinku ucha środkowego, gdzie już z natury rzeczy odpływ jej jest trudniejszy

a dopływ powietrza mniejszy. Rzeczywiście znalazł H. na 86 przypadków żółciołojaka górnego odcinka ucha środkowego z równoczesnem przedziurawieniem pozapalnem błony bębenkowej, 59 razy zwężenie trąbki Eustachego.

3) W dolnym odcinku jamy bębenkowej, gdzie stosunki miejscowe dozwalają na swobodny rozrost fizyologiczny wrastającego przez perforacyę przybłonka płaskiego, do wytworzenia się żółciołojaka przychodzi rzadko a nowy przybłonek obejmuje czynności zniszczonego wałeczkowego.

Praca H. w całości jest potwierdzeniem i rozszerzeniem teoryi Habermanna, który pierwszy zwrócił uwagę na wrastanie przybłonka płaskiego ucha zewnętrznego do ucha środkowego i na warstwową jego proliferacyą w razach, w których sprawa zapalna przeszła w stan przewlekły. *(Centralbl. für allg. Pathologie u. pathol. Anatomie.* T. VI. 1895. Nr. 3. i 4.).

Ciechanowski.

Patologia.

Jürgens: Szczepienie czarnego mięsaka rakowatego *(sarcoma melanoticum carcinomatodes).* (Z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w dniu 15. Maja r. b.).

Prelegent użył do szczepienia materyału, uzyskanego ze zwłok osoby zmarłej na *sarcoma melanoticum carcinomatodes*, u której w rok po operacyi z przyczyny nowotworu w pobliżu prawego ucha nastąpiła śmierć a sekcya wykazała przerzuty w mózgu, w jelitach cienkich, gruczołach kreskowych i trzustce. Badanie mikroskopijne tego przerzutu w trzustce wykazały twory tak bardzo przypominające ustroje chorobotwórcze, że prelegent postanowił użyć ich do szczepienia w otrzewny królików.

Do doświadczeń użyto 6 zwierząt. Już po 8 dniach pokazały się u jednego z nich po zabiciu w sieci i kresce guzy czerniakowe, mające centymetr długości, 0·3 cm. szerokości a 0·2 cm. długości, w których obok lekko otorbionego, bezpostaciego materyału, użytego do szczepienia widać guz nowotworowy, złożony z komórek wielkich, okrągłych, wielopostacich, zawierających dużo barwiku. Guzy te mają wiele naczyń i okazują na obwodzie dążność do bujnego rozrostu.

Prelegent zwraca uwagę, że materyał, użyty do szczepienia, pochodzi ze zwłok osoby sekcyonowanej w 36 godzin po śmierci i widzi w tem dowód, że w martwej tkaninie znalazły się ciała, które zdołały u zwierzęcia żywego i to bez zakażenia gnilnego wywołać powstanie nowotworu o tych samych cechach, jak i u owej osoby zmarłej.

Podobne guzy znaleziono po szczepieniu u dwóch innych królików, przyczem u jednego z nich guzy były w sieci, u drugiego zaś prócz guzów w kresce znalazło się dużo guzków wielkości siemienia konopnego na śródsierdziu.

Ustrojów chorobotwórczych w tych guzach wytworzonych przez szczepienie, dopatruje się prelegent częścią w odosobnionych, okrągłych lub owalnych ciałkach brunatno czarnych, które on uważa za kokcydye, częścią w pewnych ciałkach wolnych lub zamkniętych w komórkach, widocznych najlepiej w *endothelium* kreski i sieci, nawet oddalonych od większych nieco guzów. Słusznie można przypuszczać, że owe ciałka są pasożytami wśródkomórkowemi i że rozrost owych nowotworów, powstałych przez szczepienie, bierze początek z *endothelium* otrzewny.

Prelegent obiecał, że wkrótce zda sprawę z dalszych swych badań w tej sprawie. *(Berl. klin. Wchschft.* 27. Maja 1895).

R.

Terapia.

J. Chmielowski: Tryonal, chloraloza i somnal.

Pomimo, że mamy sporo środków narkotycznych, mało z nich przeżywa krótki czas swojej sławy. Z nowszych prawo obywatelstwa zdobył sobie sulfonal, jednakowoż i on nie okazał się wcale środkiem obojętnym; opisano przypadki chronicznego zatrucia, nawet zakończone śmiercią; wykazano szkodliwy wpływ jego na czerwone ciałka krwi. Prócz tego sulfonal działa bardzo powolnie i zostawia po sobie nieprzyjemne następstwa, ból głowy, uczucie ciężkości, ataksię. Jednem słowem, szczególnie dla dłuższego użycia, nie mamy żadnego dobrego środka i to autora zniewoliło do zbadania nowych środków nasennych w psychiatrycznym oddziele szpitala odeskiego.

T r y o n a l różni się od sulfonalu tem, że ma nie 2, lecz 3 etylowe grupy; smak nieprzyjemny, w wodzie rozpuszcza się mało; był zastosowany przez autora u 33 umysłowo chorych; niektórzy z nich w ciągu roku wyżyli po 50—60 grm.; po 1—2 dniach użycia robiono zwykle jedno lub dwudniowe przerwy. Nigdy nie dostrzeżono szkodliwego wpływu na serce, płuca lub przewód pokarmowy. U zdrowych ludzi po użyciu na czczy żołądek $1^1/_2$—2 grm. sen następuje mniej więcej w $^1/_2$ godziny. Uczucie przed snem i po śnie zupełnie podobne, jak po użyciu sulfonalu (autor przekonał się na sobie). Sen mocny, bez widziadeł. Jednakże taka dawka na niektórych (słabe kobiety) działa zbyt silnie (na drugi dzień ból głowy, osłabienie), natomiast 1·0 nie zostawia żadnych przykrych śladów. Co się tyczy działania na umysłowo chorych, to najlepiej działa w *dementia secundaria, dementia paralytica* i w ogóle w chronicznych chorobach umysłowych; po wyżyciu 1·5—2·0 grm. następuje w $^1/_2$—1 godziny sen trwający 6—9 godzin, czasem chorzy spali jeszcze w dzień i następną noc. W *mania* i *mania periodica* sen następował późno, czasem dopiero zrana, ale podniecenie prawie zawsze zmniejszało się znacznie. W mocnem *delirium melancholicum* i halucynacyach działanie tryonalu także się opóźniało. W 2 przypadkach *delirium tremens* 2·0 grm. miało skutek, w jednym pozostało bez skutku. W ogóle w melancholii i hipochondryi środek nie odpowiedni, w mózgowej neurastenii wprost szkodliwy. W każdym razie tryonal jest środkiem li tylko nasennym a więc nie kojącym; może działać zbiorowo (Schultze i Hecker): ogólna cecha tryonalu i sulfonalu, że łatwiej dają się znieść jednorazowe duże dawki (nawet więcej niż 2·0), niż małe, ale długi czas używane. Tryonal wydziela się z organizmu rychlej od sulfonalu. Autor przyszedł do przekonania, że zawsze należy się pierwszeństwo tryonalowi przed sulfonalem.

C h l o r a l o z a przy wielu zaletach ma jedną ogromną wadę: łatwo wywołuje drgawki. Doświadczenia zrobiono na 32-ch umysłowo chorych i 8 zdrowych; zaczynano zwykle od dawki 0·4, największa dawka była 0·9. U 10-ciu chorych i 4-ch zdrowych pojawiało się drganie różnych mięśni z osobna, *tremor* i o g ó l n e d r g a w k i. Ale za to sen po użyciu chloralozy zawsze przyjemny, odświeżający, bez porównania lepszy niż po sulfonalu, tryonalu a nawet chloralu, o czem autor niejednokrotnie przekonał się na sobie. Autor przyszedł do przekonania, że: 1) Oznaczyć dawkę chloralozy bardzo trudno nawet dla jednego i tego samego chorego w różnym czasie. 2) Najczęściej wystarcza 0·5 a gdzie nie ma podniecenia 0·4. 3) Na serce, naczynia, narządy pokarmowe i oddechowe chloraloza złego wpływu nie wywiera (na to wszyscy autorowie jednogłośnie się zgadzają). 4) Drgawki, jakkolwiek sprawiają przykre wrażenie, ale żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawiają, prędko przechodzą, nic zostawiając żadnych widocznych śladów. 5) Po dawce większej od 0·6 drgawki następują w połowie przypadków a w histeryi, alkoholizmie, organicznych chorobach mózgu, marazmie, nawet po znacznie mniejszych dawkach. Chloraloza działa rychlej, ale krócej od tryonalu; przed snem niekiedy wywołuje okres pobudzenia; sen i przebudzenie się są przyjemne, zbiorowego działania, zdaje się, nie ma. W ogóle chloraloza bardzo dobrze działa w melancholii, *delirium hypochondricum* i innych chorobach umysłowych z przygnębieniem. W chorobach serca i żołądka chloraloza jest jedynym środkiem, dającym się długo stosować.

S o m n a l. Być może, że somnal jest wprost mieszaniną chloralu i uretanu, rozpuszczoną w wyskoku; płyn z mocnym zapachem, ostrym, drapiącym smakiem, dość łatwo rozpuszczalny w wodzie. Somnal stosowano u 8 zdrowych i 8 umy-

słowo chorych z przygnębieniem (Marandon de Montyel uważa somnal za środek swoisty w melancholii). W słabym stopniu bezsenności dostatecznemi były dawki 80 do 100 kropel (2·5 do 3 grm.). Chorzy dostawali somnal w dawkach stopniowo coraz większych, od 80 do 120, nawet do 180 kropel (2·5 do 5·0) na noc. W melancholii i bezsenności, jako symptomatyczny środek lepszy od innych nasennych, lubo na tych kilku doświadczeniach nie można było potwierdzić zdania Marandona. Sen pewny; somnal na serce, naczynia i płuca złego wpływu nie wywiera, przebudzenie się po nim przyjemne; somnal ma tę wadę, że może upośledzać trawienie i sprawiać rozwolnienie. *(Medicinskoje Obozrienije.* Nr. 1. 1895). *Makowski.*

Zapiski terapeutyczne.

70. R. Emmerich i H. Scholl: Krytyka doświadczeń prof. Brunsa nad działaniem surowicy przeciwrakowej. Autorowie broniąc swych twierdzeń (por. nr. 18. *Przegl. lek.* z. r. b.) przeciw Brunsowi (por. nr. 21. *Przegl. lek.*) oświadczają, iż prof. B. w swym artykule nie wspomina bynajmniej o tem, o czem im donosił listownie, że w jednym przypadku nie nadającego się do operacyi raka sutka widział niewątpliwe zmniejszenie się nowotworu, że jednak leczenie musiał przerwać z braku surowicy. Dalej twierdzą autorowie, iż posłali swą surowicę prof.B. jedynie do doświadczeń przedwstępnych i że posyłając ją, sami nie byli pewnymi jej skutku, ponieważ wówczas jeszcze nie doszli, jaki sposób postępowania z owcami jest najodpowiedniejszym do uzyskania surowicy rzeczywiście skutecznej.

Co się tyczy groźnych przypadków, które widział prof. B. w swych doświadczenia a których nigdy nie spostrzegali u siebie E. i S., jak mianowicie podniesienia się znacznego temperatury, do 40 stopni przeszło, tudzież niekiedy zaraz po wstrzyknięciu podskórnem surowicy napadu duszności, sinicy na twarzy, wymiotów i przyśpieszenia tętna, oświadczają E. i S., że pochodzą one albo z użycia przez prof. Brunsa surowicy częściowo już zepsutej albo z niezachowaniach koniecznych przy podobnych procederach, bardzo ścisłych prawideł bakteryologicznych, następnie ze wstrzykiwania surowicy wprost do naczyń, za czem przemawia pojawienie się opisanych przez prof. Brunsa przypadków, jak sinicy na twarzy, duszności i t. d., wkrótce po wstrzyknięciu podskórnem. W końcu bronią się autorowie, przywodząc, że nie twierdzili nigdy, by ich surowica usuwała z terapii raka operacyą, lecz powiedzieli tylko, iż ma służyć do leczenia przeważnie następowego, t. j. zapobiegania nawrotowi choroby. *(Deutsche med. Wchschft.* 30. Maja 1895).

Od redakcyi Przeznaczywszy niniejszą rubrykę w *Przeglądzie lek.* na zapisywanie najnowszych usiłowań terapeutycznych nie mogliśmy w żaden sposób pominąć pracy prof. Emmericha i Scholla, jakkolwiek już z góry musieliśmy mieć dla niej mało ufności, pomijając nawet bowiem krótkość obserwacyi, całkiem a całkiem niewystarczającej do wydania jakiegokolwiek orzeczenia w tej sprawie, twierdzenia E. i S. co do rychłej skuteczności ich surowicy, brzmiały zanadto optymistycznie, jeżeli nie awanturniczo. Że nieufność ta była usprawiedliwiona, dowodem artykuły Brunsa i Petersena, z których również zdaliśmy sprawę, tudzież wzmianka prof. Angerera na posiedzeniu monachijskiego Towarzystwa lekarskiego.

Dziś przytoczyliśmy jedynie dla zachowania zasady sprawiedliwości obronę Emmericha i Scholla przeciw prof. Brunsowi, ale jesteśmy zdania, iż E. i S. tym swoim artykułem bynajmniej się nie obronili, bo pomijając już, iż nie godziło się *coram publico* występować z twierdzeniami na podstawie niesłychanie małej liczby obserwacyj i to tak krótkich i niezupełnych, to ich obrona teraźniejsza nie zawiera ani jednej wzmianki o skuteczności nowego sposobu leczenia raka, opartej na świeżych doświadczeniach z udoskonaloną według ich twierdzenia surowicą. Cała przeto odpowiedź Emmericha i Scholla na zarzuty Brunsa powstaje na teraz tylko *vox, vox, praeterea nihil.*

71. A. Claus (w Gandawie): Tryonal przeciw bezsenności u dzieci. Doświadczenia terapeutyczne z tryonalem, wprowadzonym do lecznictwa przez Bartha i Rumpla wykazały, iż tryonal działa bardzo dobrze na bezsenność w chorobach umysłowych a okoliczność, iż nie wpływa szkodliwie ani na władze psychiczne, ani na czynności przewodu pokarmowego, narządu krążenia i oddechania, skłoniła autora do spróbowania tego środka u dzieci.

Oczywistą jest rzeczą, że bezsenność i u dzieci jest tylko przypadem pewnej nieprawidłowości w ustroju, którą trzeba koniecznie wykryć, ale mimo tego ten przypad wymaga bardzo często osobnego leczenia.

Otóż przekonał się autor, że tryonal oddaje znakomite usługi w bezsenności u dzieci z przyczyny zboczeń w układzie nerwowym, jak mianowicie pląsawicy *(chorea)*, drgawkach a przedewszystkiem strachaniu się nocnem *(pavor noctiornus)*, natomiast nie działa w bezsenności skutkiem bólu.

Dawka wynosi dla dzieci:

od miesiąca do roku . .	0·20 do 0·40,
od roku do 2 lat . . .	0·40 do 0·80,
od 2 do 6 lat	0·80 do 1·20,
od 6 do 10 lat	1·20 do 1·50.

Najlepiej zadawać w pół godziny po kolacyi a najpóźniej na 15 minut przed ułożeniem się do snu. Tryonal zażywać można w mleku gorącem, lub co najlepiej z konfiturą albo miodem.

Po śnie sprawionym przez tryonal nie ma ani bólu, ani ciężkości głowy. *(Intern. klin. Rundschau.* 45. 1894).

72. Grandclement (w Lugdunie): Leczenie rwy nerwu troistego *(tic douloureux)* wstrzykiwaniami podskórnemi antypiryny z kokainą. Na podstawie własnego doświadczenia zaleca autor wstrzykiwanie raz a w przypadku potrzeby i kilka razy dzienie po jednym do kilku centymetrów sześciennych płynu: *Antipyrini* 4·00, *cocaini muriatici* 0·03, *aquae destil.* 10·00.

Wstrzykiwanie takie zaleca autor także w bólu towarzyszącym ropieniu w oku. *(La Semaine médicale.* 29 Maja 1895).

73. Eschle: Leczenie krztuśca (koklu-szu). Autor zaleca przepis: *Foliorum belladonnae 50 centigr., infunde aquae fervidae 90·00, dein adde antypirini grma unum, syrupi rubi idaei 30·00.* MDS. Po łyżeczce deserowej zadawać co dwie godziny (dziecku 5-letniemu).

W ciągu 4 do 8 dni zażywania tego leku napady kaszlu znikają, albo przynajmniej łagodnieją znacznie. Jeżeliby się odnowiły, należy lek podawać dalej.

Leczenie to, podczas którego trzeba oczywiście baczyć starannie na źrenice, ma zdaniem autora skracać znacznie chorobę, osobliwie w przypadkach świeżych. *(La Semaine médicale.* 22. Maja 1895).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 6. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Prof. Gluziński: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

— W dniu 5. Czerwca b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Korczyński Ludomił przedstawił 3 chorych z kliniki wewnętrznej prof. Korczyńskiego. W dyskusyi przemawiał kol. Surzycki i prelegent.

— Znanego, tak powszechnie na zjazdach i zebraniach lekarskich w kraju i zagranicą nader przychylnie ocenionego atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych prof. A. Marsa w Krakowie wyszedł temi dniami na świat w nadzwyczaj pięknem co do druku, papieru i rycin wydaniu pierwszy zeszyt dodatkowy, obejmujący 51 operacyj. Tytuł

jego: Dr. Prof. Antonii Mars: *Apparatus plastici operationes gynaecologicas illustrantis additamentum primum, quo nova LI proplasmata gypsea exhibentur. Cracoviae, sumptibus autoris, typis Universitatis Jagellonicae curante A. M. Kosterkiewicz. 1895.*

— **Wykaz** zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich w roku bieżącym lekarzy Polaków: Baden: Kummerling. Birsztany: Rodecki. Busko: Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski. Sulimierski. Ciechocinek: Certowicz, Lewenstein, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockman, Wohlberg, Tannenbaum, Arnstein, Asterblum, Górski, Cięgliński. Cieplice czeskie: Hanakowski. Cieplice trenczyńskie: Filipkiewicz. Czarniecka Góra pod Niekłaniem: Misiewicz. Druskienniki: Bujakowski, Szepietowski. Eichwald: Kuryś. Elgersburg w Turyngii: Barwiński. Elster: Błociszewski Francensbad: Dębicki, Kittel, Rosner. Gleichenberg: Brühl, Bulikowski. Grodzisk: Tokarski. Inowrocław: Krzymiński. Przybyszewski. Iwonicz: Dębicki, Rościszewski. Jaworze: Czop. Kamionka: Bociański, Kotsowski, Karlsbad: Hassewicz, Hochberger, Kretowicz, Stiche, Ziembicki, Toepfer, Tugendhat. Kissingen: Chłapowski. Krzeszowice: Dura. Krynica: Aschkenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Gembarzewski, Gliksmann, Kmietowicz, Kopff. Lorentski, Michalik, Nieszkowski, Skórczewski, Waligórski. Landeck: Ostrowicz, Pomorski. Morszyn: Tyszkowski. Maryenbad. Dobieszewski, Harajewicz, Kaufman, Prager. Meran: Binder, Brühl. Nałęczów: Chełchowski, Chmielewski. Puławski, Saczewicz. Nauheim: Jankowski. Nowe Miasto nad Pilicą: Bieliński, Niedzielski, Skowroński. Ojców: Michalewski, Rzeczniowski. Odessa (Liman): Kozłowski, Otwock: Feilchenfeld, Chełmoński, Silberstein, Staniszewski. Rabka: Kaden, Głuchowski, Momidłowski, Reichenhall: Goldschmidt. Reinerz: Stan. Rymanów: Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Regiec. Schinznach: Tymowski. Sławuta: Dobrzycki, Dzierzbicki, Przesmycki. Solec: Daniewski, Siarczyński. Swoszowice: Tislowitz. Szczawnica: Ściborowski, Hammerschlag, Kołaczkowski, L. Korczyński, Górski, Kruszyński. Truskawiec: Kozłowski, Plech, Pelczar, Steynhaus. Wysowa: Jarosz. Zakopane: Chramiec, Eliasz-Radzikowski, Buzdygan, Chwistek, Piasecki. Żegiestów: Hojnacki.

— Pamiętnik VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich opuści prasę w Lipcu b. r. i zostanie rozesłany Członkom Zjazdu.

Dr. Bylicki.

— W paryskiej Akademii lekarskiej, oddziele chirurgicznym wybrano członkiem prof. Esmarcha w Kilonii, zostającego jak wiadomo, w powinowactwie do panującego w Niemczech rodu Hohenzollernów.

— Ze statystyki ruchu ludności Warszawy w czasie lat 1882. do 1893. wyjmujemy następujące szczegóły:

Ludność powiększyła się od r. 1882. do 1893. o 31% i to w małej części przez przewyżkę urodzeń nad zejściami, głównie zaś przez powiększenie się ludności napływowej, przybywającej do miasta dla nauki lub pracy.

Dzieci urodziło się najwięcej w Styczniu i Kwietniu, najmniej w Lipcu i Wrześniu. Najwięcej przypadków śmierci było w Sierpniu, Lipcu i Wrześniu, najmniej w Lutym, Kwietniu i Maju.

Dzieci do lat 5 stanowią 55% zmarłych. Od lat 21 do 30 zmarło 6·13%, od 31 do 40 lat 5·74%, od 41 do 50 lat 6·21%, od 51 do 60 lat 6·88%, od 61 do 70 lat 7·10% z ogólnej liczby.

Ze zmarłych w ciągu 12 lat 147126 osób przypada na mężczyzn 76041 (52·09%) a na kobiety 70845 (47·91%).

Chorobom zakaźnym uległo prawie 17% ogólnej liczby zmarłych a mianowicie mężczyzn 16%, kobiet 18%. W szczególności przypada na błonicę i dławiec 4·13%, na ospę $3^1/_2$%, na płonicę $2^1/_2$% a na dur brzuszny prawie 2%.

Z innych chorób zmarło: na zapalenie jelit 14·79, zapalenie płuc 13·92, suchoty płucne 11·33, wiąd schyłkowy 5·22, zapalenie oskrzeli 5·17, zapalenie mózgu 4·28, ścisków (co to znaczy?) 3·96, chorób serca 3·04, niedostateczny rozwój 2·36, na raka 2·30, zapalenie nerek 1·98%.

Przypadków nagłej śmierci było 1133, czyli 1·26% liczby ogólnej, między nimi 621 czyli 0·42% samobójstw i 99 (0·07%) zabójstw.

— Najpiękniejszym bez wątpienia miejscem Królestwa Polskiego jest Ojców. Niezwykle urocze położenie, znaczne, bo do 472 metrów nad poziom morza sięgające wzniesienie, obszar koło 1500 morgów wynoszący lasów szpilkowych i liściastych, brak wszelkich fabryk w pobliżu, wartki bieg Prądnika i mnóstwo źródeł już same przez się są skazówką, iż Ojców powinienby być miejscem leczenia się dla chorych a przyjemnego pobytu dla zdrowych. Dawniejsze usiłowania zrobienia z Ojcowa takiej stacyi nie odniosły wszakże pożądanego skutku, przedewszystkiem z braku odpowiedniego kapitału. Dopiero przejście Ojcowa w ręce zgasłego przedwcześnie ś. p. Ludwika hr. Krasińskiego, zwiastowało nową erę dla tej miejscowości. Zmarły, rozważywszy dokładnie wszystkie zalety Ojcowa, postanowił zrobić z Ojcowa to, czem on być powinien. Jakoż dzięki tej myśli stanął wkrótce dwupiętrowy, okazały gmach Goplana, w którym na dole mieszczą się wzorowy, we wszystkie najnowsze przybory zaopatrzony zakład hidropatyczny i zakład elektroterapeutyczny, lokal ordynacyjny dla lekarza zakładowego, wielka sala jadalna i wypożyczalnia książek, tudzież czytelnia, na piętrach zaś 48 pokoi mieszkalnych w wyborne piece, meble i pościel zaopatrzonych. Prócz tego budynku wynajmuje administracya w willach mieszkania umeblowane z kuchniami lub bez nich, złożone z 1 do 10 pokoi, licząc za pokój od 25 do 60 rubli za cały sezon. Dla przyjezdnych służą dwa hotele. W ogóle jest do dyspozycyi 320 pokoi z wszelkiemi wygodami.

Do urządzeń lekarskich należą jeszcze kąpiele faliste i wyrabianie kefiru przez Tatarów, naumyślnie w tym celu do Ojcowa sprowadzonych.

Komunikacya kolejowa albo przez Olkusz na drodze żelaznej iwangrodzko-dąbrowskiej o 18, albo przez Kraków o 16 wiorst odległy.

— Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* w Warszawie wyszedł zeszyt 76. i 77. obejmujący Determanna: Nerwice serca i naczyń w przekładzie E. Biernackiego.

— Rada państwa w Petersburgu zajmowała się temi czasy projektem założenia instytutu dla kształcenia kobiet na lekarki, oznaczyła wymagania od kandydatek i przedłożyła okres ich nauki z 4 do 5 lat. Instytut ten wszedłby w życie w roku 1897.

— Na posiedzenie Towarzystwa psychiatrów niemieckich mające odbyć się w Hamburgu 13. i 14. Września b. r. przyjdą pod rozprawy: 1) Znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne objawu kolanowego w psychiatryi. Sprawozdawcą Dr. A. Cramer z Getyngi. 2) Obłęd pieniaczy pod względem nozologicznym i sądowo-lekarskim. Sprawozdawcą Dr. Koppen z Berlina. 3) O przemijających zboczeniach przytomności u epileptyków pod względem sądowo-lekarskim. Sprawozdawcą prof. Dr. Siemerling z Tybingi.

— Okólnikiem wydanym z datą 6. Maja b. r. poleca Namiestnictwo lwowskie władzom politycznym pierwszej instancyi donosić o każdej zmianie w służbie zdrowia w ich okręgu i czuwać na tem, aby lekarze osiedli w celu praktyki lekarskiej zgłaszali się celem wpisu do właściwej Izby lekarskiej.

W doniesieniu o osiedleniu się lekarza dla praktyki należy podać imię, nazwisko, wiek, datę dyplomu i posadę, którą zajmuje.

— Między rozmaitemi teoryami snu zasługuje na uwagę jedna, która sen wywodzi z obecności we krwi substancyi usypiającej układ nerwowy. Znany fizyolog W. Preyer przypisywał sen kwasowi mlekowemu powstałemu przez czynność mięśni a krążącemu we krwi. Inni jak Errera tłómaczyli sen obecnością we krwi pewnych toksyn, działających narkotycznie. Wychodząc ze zdania, że sen zimowy zwierząt ssących różni się od snu zwyczajnego tylko przez swe trwanie i głębokość, zajmował się prof. R. Dubois w Lugdunie oddawna badaniem krwi i wydzielin pogrążonych w śnie zimowym świstaków (czyli bobaków mieszkających, jak wiadomo powszechnie, także i w naszych Tatrach) i nie znalazł nigdy żadnych toksyn ani toksalbuminów, natomiast przekonał się o obecności we krwi znacznej ilości kwasu węglowego, co tłómaczy się powolnością krążenia i oddychania, obniżeniem się ciepłoty ciała i zagęszczeniem krwi. Ta zmiana krwi sama mogłaby wystarczyć do wytłómaczenia snu, do czego przybywa jeszcze wytwarzanie się acetonu z konsumcyi substancyj białkowatych tak, iż prawdopodobnie kwas węglowy i aceton sprowadzają ową narkozę czyli sen zimowy. Na poparcie tego zdania mogłaby służyć okoliczność, że aceton po wstrzyknięciu pod skórę wywołuje u świstaka odurzenie mające niejakie podobieństwo do snu zimowego.

— Według dat urzędowych było na zmarłych ogółem zmarłych na gruźlicę: w Warszawie 11824 i 2007 (blisko 17%), w Petersburgu 27597 i 4468, w Moskwie 27815 i 4153 (zatem również około 17%). Naodwrót w Odessie było 8205 i 755 (9%), w Rydze 4878 i 504 (nieco więcej niż 10%), w Niżnym Nowogrodzie 9861 i 361 (3·8%), w Kijowie 5407 i 617 (11%), w Astrachanie 4482 i 333 (nieco więcej niż 7%), w Archangielsku 627 i 25 (4%), w Paryżu w roku ubiegłym 48992 i 9568 czyli 19%.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 22. B. Motz: O wyskrobywaniu w przewlekłem zapaleniu pęcherza. J. Bruner i A. Zawadzki: Trzy nowe formy bakteryj wodnych. F. Neugebauer: Z kazuistyki przetok moczowych. — W *Medycynie* Nrze 22. S. Lalewicz: Kilka uwag o roli i zadaniu spółczesnej ekspertyzy sądowo-lekarskiej. S. Grosglik: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania. W *Zdrowiu*, zeszycie majowym. O. Bujwid: Kilka słów o surowicy przeciwbłoniczej. A. Podolski: Higieniczny stan powiatu węgrowskiego w gubernii siedleckiej. Sterling: Badanie powietrza w sali 15. i 16. szpitala Dzieciątka Jezus, oraz sali wykładowej kliniki dyagnostycznej. W. Załeski: Statystyka ruchu ludności miasta Warszawy podczas okresu 12-letniego 1882—1893.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 5557. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI-tej klasy z systemizowanemi dla niej poborami, ewentualnie jednej lub dwóch posad oglądaczy zwierząt i płodów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 15. Czerwca 1895 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873 roku Nr. 37. Dz. ust. p. metryką urodzenia i dowód znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci pozostający w służbie rządowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 22. Maja 1895.

130—1—1 ***Badeni.***

L. 608. 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin, z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 nr. 17. dz. ust. kraj., prócz dostatecznej fizycznej zdatności, udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa, najdalej do 15. Czerwca 1895.

Bohorodczany, dnia 2. Maja 1895.

Józef Szeliński.
Prezes.

126—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 15. Czerwca 1895 r. Nr. 24.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8, Telefonu Nr. 105.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 137, Clinton and 7th, Brooklyn.

Rekopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pierwotna gruźlica błony śluzowej nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

W miarę udoskonalenia rynoskopii w ostatnich dziesiątkach lat przypadki pierwotnej gruźlicy nosa, tak zwanego *tuberculoma septi narium*, zaczęły pojawiać się coraz liczniej tak, że obecnie cierpienie to dokładnie poznane nie należy do zbyt rzadkich. Od czasu pierwszej publikacyi Riedla [1]), ogłoszono już znaczną liczbę tych przypadków; w tej mierze prac głównie przytoczyć należy pracę Hajeka [2]), dalej Herynga [3]) a w ostatnich czasach O. Chiariego [4]). Cierpienie to nazwać musimy pierwotnem, gdy obok zmian na błonie śluzowej nosa nie znajdujemy ogniska podobnej natury w innych częściach ustroju, nadto dla odróżnienia od cierpień następowych, pojawiających się w następstwie gruźlicy płuc; o przypadkach tych ostatnich wspominać tutaj nie będę, choć zajęcie nosa w tych razach bardzo rzadko się spotyka, częściej bowiem zmiany następowe sadowią się na błonie śluzowej języka, gardła, zajmując tu głównie mieszki limfatyczne. *Tuberculoma nasi* jest cierpieniem pierwotnem w ścisłem tego słowa znaczeniu, lubo zaprzeczyć się nie da, iż częściej spotyka się je u ludzi z oznakami zołz, niż u osób zupełnie zdrowych. O ile gruźlica pierwotna nosa może być punktem wyjścia dla gruźlicy zajmującej później inne części ustroju, brak podobnych przypadków, mimo obserwacyi zajmujących szeregi lat u jednego i tego samego chorego, cierpienie to bowiem posiada własności cierpienia miejscowego. Nie można zaprzeczyć, iż u chorego z pierwotną gruźlicą nosa, możemy w jakiś czas później znaleść inne ognisko gruźlicze n. p. w płucach, rozstrzygnąć jednak, w jakim stosunku przyczynowym stoją oba te ogniska do siebie, będzie dość trudnem; wiemy, iż gruźlica następowa towarzyszy zwykle znacznym zmianom gruźliczym w innych narządach jak płucach a wyjątkowo tylko na miejscach wyżej wspomnianych usadowiona gruźlica bywa zmianą pierwotna.

Gruźlica pierwotna błony śluzowej nosa występuje w 2ch postaciach. Pierwszą, częstszą jej postacią jest guz gruźliczy, zajmujący część chrzęstną przegrody nosowej, co było też powodem przyjęcia dla gruźlicy pierwotnej nosa nazwy *tuberculoma.* Guz ten zajmuje początkowo jedną powierzchnię przegrody chrzęstnej nosa, w miarę jednak wzrostu granulacyi przychodzi do zniszczenia chrząstki i pojawienia się podobnego guza po drugiej stronie przegrody nosowej. Cechą charakterystyczną cierpienia tego jest, iż zajmuje ono miejsce ograniczone, przyjmuje postać guza o powierzchni nierównej, pokrytego błoną śluzową o zabarwieniu nie wiele różniącym się od ogólnego zabarwienia błony śluzowej nosa, zbitości elastycznej, podatnej. W miarę wzrostu guza, z powodu ścieńczenia błony śluzowej łatwo guzy te przy dotknięciu krwawią a zgłębnik bez trudności przechodzi w głąb, mogąc w przypadkach obustronnego zajęcia przegrody nosowej przejść na drugą stronę guza, w tych bowiem razach, jak wyżej wspomniałem, chrząstka ulega zniszczeniu, zastąpiona przez masy tkanki granulacyjnej, gruźliczej.

Drugą postacią pierwotnej gruźlicy na błonie śluzowej nosa są owrzodzenia na przegrodzie chrzęstnej nosa, o naciekłym dnie i wybujałych brzegach. Ścisłej granicy jednak między temi dwoma postaciami choroby, między owrzodze-

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1878.
[2]) Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Internat. klin. Rundschau. 1889.
[3]) Gruźlica błony śluzowej nosa. Medycyna. 1892.
[4]) Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngologie. 1894. T. I.

niem gruźliczem a guzem, poprowadzić nie można, gdyż owrzodzenie poprzedzać musi naciek, w tych razach zawsze jako guz występujący, czego i klinicznie czynić nie można dla odróżnienia *tuberculoma septi* od następowej gruźlicy nosa pojawiającej się jedynie pod postacią płaskich owrzodzeń. Owrzodzenie więc zajmować będzie głównie przegrodę nosową, choć w tym drugim okresie choroby nierzadko sprawa przenosi się na przedsionek jamy nosowej i na przedni koniec małżowiny dolnej, nigdy zaś początku tej tak zwanej pierwotnej gruźlicy nosa w pierwszem jej stadyum nie spotykano na ostatnich miejscach. Widzimy więc, iż nie można odróżnić dwóch postaci tej choroby a jedynie mówić możemy o dwóch jej stadyach. Tak w stadyum pierwszem jak i w drugiem główną cechą jest ograniczenie zmian chorobowych; choroba może wlec się latami całemi, zajmując jedynie przegrodę chrzęstną nosa w postaci guza, zanim przyjdzie do rozpadu. I tu znów sprawa posuwa się zwykle powoli, bardzo rzadko przenosząc się na przegrodę nosa kostną, sprowadza przebicie przegrody chrzestnej i może ustać zupełnie nawet bez leczenia, częściej zaś przy użyciu odpowiednich zabiegów. Cierpienie to jednak odznacza się skłonnością do nawrotu, nie wywierając przytem szkodliwego wpływu na ustrój ludzki. W zaniedbanych przypadkach, cierpienie może przejść i na skórę nosa, warg i policzków, sprowadzając owrzodzenia skóry o charakterystycznych znamionach owrzodzeń gruźliczych (podobny przypadek obserwowałem na klinice Stoerka), dających nam możność wykluczenia owrzodzeń liszaja żrącego (*lupus vulgaris*), wreszcie kiły, o czem wspomnę przy rozróżnianiu tej choroby od innych. Wyjątkowo, co jednak wielu ma przeciwników (Mertens [5]) i inni), sprawa przenieść się może na przegrodę kostną nosa, zniszczyć kość i sprowadzić zapadnięcie się nosa, zbliżone swem wejrzeniem bardzo do zmian w kształcie nosa zewnętrznego po przebyciu spraw kilakowych jamy nosowej. Takie przypadki opisał Hajek, zwracając jednak uwagę, iż zdarza się to bardzo rzadko i jedynie w starych, zaniedbanych przypadkach, w których granulacye mogły znaleść czas do zniszczenia kości. Przy zmianach kiłowych trzeciorzędnych naciek kilakowy szybko zajmuje głębsze warstwy błony śluzowej, sprowadza objawy *perichondritis* i w krótkim już czasie może przyjść do obumarcia większych części chrząstki i kości, które następnie wypadają, sprowadzając w odpowiednich razach zapadnięcie się nosa. Oprócz trzech przypadków spostrzeganych w naszym oddziale, widziałem na klinice Stoerka kilka przypadków *tuberculoma*, w żadnym z nich jednak nie obserwowaliśmy przeniesienia się sprawy na przegrodę kostną nosa z ewentualnemi następnie zmianami w kształcie nosa. Zauważyłem tylko, iż przy znacznych guzach przegrody chrzęstnej znajdujących się po obu stronach, może przyjść do rozszerzenia się nosa w częściach miękkich i zbliżenia kształtu nosa zewnętrznego do wejrzenia nosa przy zmianach twardzielowych, jak to było w przypadku naszym trzecim. Trudność oddychania przez nos bywa najczęstszym powodem, dla którego zgłaszają się chorzy, rzadziej z powodu krwawienia z nosa, już i dlatego, iż to ma miejsce więcej w drugiem stadyum choroby.

Co się tyczy rozpoznania, to przy gruźlicy następowej nosa nie napotyka ono na żadne trudności, zwykle bowiem znaczne zmiany gruźlicze w płucach każą się nam domyślać natury owrzodzeń w nosie a nadto przy owrzodzeniach z gruźlicy następowej często widzieć można na brzegach wrzodu przeświecające gruzełki jako szarawe punkciki, wreszcie tak badanie histologiczne jak i barwienie prątków w skrawkach zwykle rzecz potwierdza.

Rozpoznanie guza gruźliczego przegrody nosowej względnie owrzodzenia zeń powstałego, nie zawsze znajduje potwierdzenie w badaniu histologicznem a jeszcze rzadziej w bakteryologicznem tak, iż nieraz jedynie ze stanowiska klinicznego po wykluczeniu kiły, liszaja żrącego, wreszcie nowotworu jak mięsaka, musimy rozpoznać chorobę. Zazwyczaj przy badaniu histologicznem guza znajdziemy wśród tkanki granulacyjnej słabo barwiące się gruzełki, w których jednak nie zawsze napotyka się komórki olbrzymie. Wykazanie prątków należy do bardzo wielkich trudności, zazwyczaj znajdują się one w warstwach głębszych i to w bardzo nieznacznej liczbie najczęściej jeszcze w komórkach olbrzymich. Na setki barwionych skrawków, znaleziono prątek ledwo w jednym; w moich przypadkach, okazujących zresztą typowe utkanie nacieku gruźliczego, choć ze skąpą liczbą komórek olbrzymich, mimo barwienia bardzo wielu skrawków, przecież prątków znaleść nie mogłem. W ostatnim z mych przypadków część wyjętych granulacyj zaszczepiłem śwince morskiej pod skórę, świnka jednak pozostała zdrową. Nie zawsze jednak obraz mikroskopowy przedstawiać nam będzie typowe cechy nacieku gruźliczego, często bowiem brak naciekowi tkanki granulacyjnej, gruzełków i komórek olbrzymich tak, iż nadto przy ujemnem zawsze w tych razach badaniu pod względem obecności prątków, jedynie z przebiegu klinicznego rozpoznać możemy naturę cierpienia (Seifert) [6]). We wszystkich trzech naszych przypadkach rozpoznanie kliniczne było zupełnie pewnem a dalsze badanie miało więcej cel ściśle naukowy tak, iż nawet w razie ujemnego wyniku badania histologicznego przecież natura cierpienia musiałaby pozostać tą samą. Chyba w przeciwnym razie, gdyby badanie histologiczne mogło było nam wykazać inne cierpienie, rozpoznanie musiałoby upaść, kliniczne bowiem doświadczenie w rozpoznawaniu tej choroby, jak wspomniałem wyżej, musi być nieraz jedynem do poznania natury tego cierpienia.

Odróżnienie od innych cierpień będzie zależeć od stadyum choroby; gdy choroba występuje pod postacią guza, wykluczyć należy w pierwszym rzędzie polip śluzowy lub włókniak przegrody nosowej, przypadki bardzo rzadkie, odznaczające się zresztą usadowieniem szypułkowatem, swoją zbitością, gładką powierzchnią, nie krwawiące za dotknięciem; prędzej zaś możnaby *tuberculoma* pomięszać ze zmianą jednak również bardzo rzadką, polipowatego przerostu błony śluzowej na przegrodzie, tu znowu brak odpowiedniej zbitości, krwawienia, wreszcie rychłe zagojenie się rany po wycięciu guza, naprowadzą nas na rozpoznanie.

Sprawa ostra na przegrodzie nosowej, jak zapalenie ochrzęstnej samoistne (Fischenich [7]), Kuttner [8]), Wróblewski) [9]),

---

[5]) Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Würzburg 1889.

[6]) Atlas der Histopathologie der Nase, Mundhöhle und des Kehlkopfes. 1895.

[7]) Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[8]) Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[9]) Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand (*Abscessus acuti septi narium*). Archiv für Laryngol. 1895. T. II. Z. 3.

cierpienie bardzo rzadkie odznaczać się nam będzie obok ostrych objawów zapalnych gładką powierzchnią, ewentualnem chełbotaniem w środku guza zresztą płaskiego, co raczej przy wykluczeniu kiły więcej wchodzi w rachubę. Następowe zaś zapalenie ochrzęstnej po urazach lub w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, łatwiej wykluczyć możemy.

Krwiak przegrody nosowej (*haematoma septi*), przy wejrzeniu swem obok wywiadów, nie sprawi nam trudności.

Kilak przegrody nosowej odznacza się płaskim, szerokim naciekiem przechodzącym w sąsiedztwo gładką powierzchnią, podatnością w środku nacieku a przy obecności wrzodu, formą jego okrągłą o ostrych brzegach, drążeniem w głąb, daje nam charakterystyczne oznaki, przyczem wiele nam mogą pomódz badanie gardła i wywiady.

Znaczne bujanie guzków liszaja żrącego błony śluzowej nosa może być bardzo podobne do *tuberculoma*, nie brak tu jednak nigdy guzków w okolicy na błonie śluzowej, względnie charakterystycznych owrzodzeń po wypadłych guzkach a nadto częste zajęcie skóry, choćby na częściach odległych od nosa, ułatwia nam rozpoznanie.

Wreszcie pomieszać by można *tuberculoma* z miękkim mięsakiem, mogącym mieć wszystkie typowe cechy guza gruźliczego; tu znowu rychłość powrotu guza po jego wycięciu obok badania histologicznego wskaże nam właściwą naturę sprawy chorobowej. (Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do nauki o ropieniach śródpiersia tylnego i ich leczeniu *(mediastinitis postica)*.

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 25. Lipca 1894 roku i w Towarzystwie chirurgów w Paryżu 13. Marca 1895 roku).

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

W takim to pomyślnym stanie wyzdrowienia przyszła T. Majewska, robiąc kilometer drogi piechotą ze szpitala do sali obrad VI. Zjazdów chirurgów polskich we Lwowie, dnia 24. Lipca 1894.

Wynik zdawał się świetny i prawie bezprzykładny. Cieszyłem się nim tem bardziej, że w chwilach pogorszenia i niebezpieczeństwa kilkakrotnie miałem zamiar otwarcia śródpiersia tylnego i pracowałem w prosektoryum nad wykształceniem odpowiedniej w takich razach metody operacyjnej, nie wiedząc podówczas, że ją w całej pełni ogłosił już był przed laty prof. Nasiłow.

Zwierzałem się z tą myślą prof. Rydygierowi i podówczas często przebywającemu w moim oddziale i korzystającemu z mojej gościnności Drowi Barączowi. Świadomość więc, że dzięki metodom zachowawczym, udało mi się wyratować chorą i nie narazić jej na zabieg operacyjny, niezmiernie poważny, ale kuszący przez swoją nowość, napełniała mię dumą; tryumf niestety był krótkotrwały a przebudzenie się z tego pięknego snu straszne.

Chora czując się coraz lepiej, zażądała stanowczo, aby ją odesłano do domu. Mimo przedstawień opuściła szpital 26. Lipca, obiecała jednak, że codzień pokazywać mi się będzie. Asystent zaś mój Dr. Bardach podjął się sumiennej lecz ciężkiej usługi, dochodzenia do niej dwa razy na dzień, celem żywienia chorej za pomocą sondy. Każdy inny sposób żywienia był chorej surowo wzbroniony, gdyż połykana woda jeszcze kroplami wydobywała się przez małą przetokę wielkości głowy od szpilki.

To czego się obawiałem, stało się. Po kilku dniach chora przestała przychodzić do kancelaryi i kilkakrotnie jadła lub piła, nie czekając na lekarza.

Wreszcie 10. Sierpnia wróciła do szpitala, ale jasnem było natychmiast, że już nic jej uratować nie mogło. Stan gorączkowy, wejrzenie ogólne i miejscowe septyczne. Brzegi rany rozwarte częściowo, obłożone, obrzękłe. Wydzielina cuchnąca, kaszel uporczywy, oddech także cuchnący. Za późno było już, aby uciekać się do operacyi Nasiłowa, na którą znękana chora i zgodzić się nie chciała.

Wreszcie 17. Sierpnia nastąpiła śmierć, właśnie w trzy miesiące po pierwszem wstąpieniu na oddział, po długich tygodniach tak zupełnej poprawy, że ostateczne wyleczenie musiałem uważać za niewątpliwe.

Katastrofa ta Panowie, wywołała naukę pierwszorzędnej wagi, którą należało wyzyskać w pełni.

Była to jedyna wyjątkowo sposobność wypróbowania nie *in anima vili* ale *post mortem* metody operacyjnej teoretycznie i technicznie doskonale obmyślanej i proponowanej przez prof. Nasiłowa, celem dostania się do tylnego śródpiersia.

Pracę swoją ogłosił Nasiłow we *Wraczu*, w roku 1888. Nr. 25. Jest ona bardzo szczegółowa i zupełnie wyczerpująca.

Chirurdzy francuscy Quénn i Hartmann, o d w o ł u j ą c s i ę n a n i ą, przedstawili równie memoryał w tej kwestyi w Towarzystwie chirurgów paryskich, 4. Lutego 1891. a więc w trzy lata później.

Z porównania obydwóch prac wynika, że prawie żadnej nie przedstawiają różnicy zasadniczej a jak poniżej wykażę, reguła postawiona przez autorów francuskich, aby zawsze na lewo cięcie prowadzić, nie jest dostatecznie uzasadniona.

Cała więc zasługa i zaszczyt trafnego i śmiałego pomysłu spada na prof. Nasiłowa, oprócz niewątpliwych praw pierwszeństwa.

Z stanowczością iście godną lepszej sprawy, w autoreferacie zamieszczonym w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 15. b. r., twierdzi Dr. Barącz, że Quénn i Hartmann ulepszyli metodę i rozszerzyli jej zakres nietylko do leczenia ropni, ale także wklinowanych ciał obcych, ograniczonych nowotworów *(carcinoma oesophagi)* i zwężeń innej natury.

Wszystkie te wskazania podał już Nasiłow i operacyę raka części piersiowej przełyku opisał jak najdokładniej *(resectio oesophagi endothoracica)*. I w tym więc względzie pomysły chirurga rosyjskiego wyprzedziły wskazania chirurgów francuskich, których zabieg różni się tylko małą odmianą nacięcia skóry (*incision linéaire*) i wynikającem z tego traktowaniem warstwy mięśni.

Aby dojść do tego przekonania, wystarcza porównać obydwie prace w oryginale ale godzi się nasamprzód zadać sobie ten trud.

Technika samej operacyi w skróceniu jest następująca:

1) Cięcie płatowe (Nasiłow) lub proste (Quénn) od żebra 2. do 5. lub 6., równoległe do tylnego brzegu łopatki i do kręgosłupa, odstępując od tegoż na szerokość dłoni (4 palce) drążące aż do kości.

2) Resekcya podokostnowa 3 lub 4 żeber, na zewnątrz muszkułu *sacrolumbalis*.

3) Odlepianie i oddzielanie ostrożne opłucnej za pomocą palców od wewnętrznej powierzchni żeber, w kierunku do śródpiersia. Oddzielanie to u człowieka normalnego jest bardzo łatwem, dzięki dobrze rozwiniętej podopłucnowej luźnej tkance łącznej. Przekonałem się o tej okoliczności przytoczonej przez Nasiłowa, przy wszystkich moich ćwiczeniach w prosektoryum.

Czytelnicy znajdą bliższe szczegóły techniczne w wyż przytoczonych pracach.

Nadmienić jednak muszę, że Nasiłow poleca wykonać resekcyę żeber po lewej stronie i tędy torować sobie drogę do śródpiersia, aby się dostać do górnego odcinka przełyku piersiowego; dolny zaś odcinek ma być dostępniejszy za pomocą resekcyi żeber prawej strony.

Quenn i Hartmann polecają zaś zawsze s t r o n ę l e w ą, ponieważ zgodnie z twierdzeniem Braunego, opłucna zagłębiając się po prawej stronie pomiędzy kręgosłup a przełyk, utrudnia drogę operatorowi.

Mojem zdaniem rzecz jest zupełnie względna i przedewszystkiem liczyć się potrzeba z kierunkiem, w którym rozwija się sprawa patologiczna, reguła zaś bezwzględna Dra Quenn i Hartmanna jest piękną w teoryi, ale nie w praktyce.

Przystępując zatem do operacyi na trupie Tekli Majewskiej, postanowiłem prowadzić cięcie na prawo tak, jak miałem zamiar wykonać za życia a to z tej prostej przyczyny, ponieważ kilkakrotne badanie palcem i sondą upewniły mię, że jama ropnia przebiegała nietylko wzdłuż ściany przedniej stosu pacierzowego, ale także wzdłuż ściany bocznej prawej. Logicznem więc było przypuszczenie, że ropa odbyć musiała część drogi naprzeciw ręki pracującej nad odlepieniem opłucny, czyli innemi słowy, że najkrótszą drogą do celu, prowadziło cięcie po stronie prawej.

Po odsłonięciu opłucny, zacząłem odlepianie w kierunku śródpiersia, z największą starannością. Zabieg ten, tak łatwy na trupie zwykłym, przedstawił w tym przypadku największe trudności i mimo wielkiej uwagi, w dwóch czy trzech miejscach przedziurawiłem worek opłucny. W krótce jednak doszedłem do jamy ropnia śródpiersiowego i napotkałem dren łączący ją z raną na szyi.

Z t e g o w y n i k a, ż e u o s o b y d o t k n i ę t e j r o p i e n i e m ś r ó d p i e r s i a, w s t a d y u m p ó ź n i e j s z e m j e s t p r a w i e n i e p o d o b n e m w y k o n a ć o d l e p i e n i a o p ł u c n e j ś c i e n n e j, b e z j e j p r z e r w a n i a.

Niestety nie jesteśmy w stanie oznaczyć, w jakim okresie stanu zapalnego, po wielu dniach lub tygodniach, grozić nam może podobny przypadek podczas operacyi.

W y n i k s e k c y i. Prosektor szpitala Dr. Krokiewicz znalazł zmiany następujące:

1) Ogólny obraz posocznicy. (Serce, nerki, śledziona, wątroba).

2) Przedziurawienie ścian tylnej i bocznej lewej przełyku, tuż poniżej granicy połyku. Otwór patologiczny, już za życia rozpoznany, miał centymetr średnicy.

3) Ognisko ropne, zawierające około 40 cm.^{3} treści ropnej, szyjnej i piersiowej. Nadżarcie głębokie kilku kręgów. Ognisko w śródpiersiu ma 12 cm. długości a 6 cm. szerokości i obnaża w znacznej części prawą ścianę kręgosłupa.

4) Wysięk ropny w prawej opłucnej (100 cm.^{3} płynu).

5) Gangrena wielkości jaja kurzego, w prawem płucu. Zrosty znaczne między żebrami górnemi a opłucną.

Zmiany te wywołane zostały wskutek długotrwałego ropienia w najbliższem sąsiedztwie a może także wskutek dostania się okruszyn pokarmu do płuc, gdy chora żywiła się bez sondy. *(Schluckpneumonie)*.

Starałem się Panom przedstawić wierny obraz dramatu chirurgicznego, którego przebieg śledziłem przez całe trzy miesiące.

Żałuję, że w odpowiedniej chwili nie umiałem się zdecydować na otwarcie śródpiersia dla zabezpieczenia odpływu. Ale powrót pozorny do zdrowia, złudzenie, że się chorobę opanowało, wreszcie nieostrożność, popełniona przez samą chorą, wszystko to razem wzięte tłómaczy nas do pewnego stopnia.

Kilka słów jeszcze na zakończenie. Wobec ropienia, szerzącego się w śródpiersiu tylnem, uważam za obowiązek na przyszłość zapewnić odpływ dolny ropie, stosując operacyę Nasiłowa a nie opuszczając się tylko do cięcia na szyi. *(Paraoesophagotomia)*.

Możliwem jest, że uszkodzimy opłucną i że do groźnego i tak już niebezpieczeństwa przyłączy się jeszcze otok piersiowy ropny. Ale na tym zabiegu polega ostatnia iskra nadziei wyratowania chorego i dla zachęty przytoczę podany przez Langenbecka przypadek:

Ropień śródpiersia tylnego otwarty *(sponte sua)* do jamy opłucnej: Następowy otok piersiowy ropny;

Operacya otoku: Wyzdrowienie.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

2) L a s e c z n i k i.

a) *Bacillus liquefaciens aurantiacus* tworzy kolonie szare o brzegach nieregularnych, na około brzegu obwódka mglista, wśród której pod drobnowidzem odróżnić można pojedyncze punkciki (czysty). Są to laseczki dość grube, średniej długości, okazujące ruchy oscylacyjne i słabe postępowe. Rozrzedza żelatynę wzdłuż przewodu wkłucia, rozrzedzona żelatyna jest zupełnie czysta tak, że trudno odróżnić rozrzedzoną jej część od nierozrzedzonej. Na agarze nalot pomarańczowy (nieznany a może ten sam opisany przez prof. Bujwida w Nrze 46).

b) *Bacillus erythrogenes*. Prątki drobne, cienkie, nieruchliwe, nierozrzedzające żelatyny. Rosną słabiej w głębi, niż na powierzchni, gdzie po pewnym czasie nalot staje się dość grubym, barwy brudno żółtawej, żelatyna zaś cała przybiera zabarwienie słabo czerwone. Po 6—7 tygodniach żelatyna rozrzedza się i to najprędzej w miejscach, gdzie była poprzednio najmocniej czerwono zabarwioną. Na agarze nic charakterystycznego.

c) *Bacillus pleomorphus*, kolonie białe, małe, powierzchowne, iryzujące. Prątki okazują ruchy obrotowe i postępowe, są różnej długości, na jednym lub obu końcach pałeczkowato zgrubiałe, albo łącząc się ze sobą tworzą nitki dość długie, w rozmaitych kierunkach powyginane, inne zaś prątki są wydłużone i łukowato zagięte albo są podobne do spirylli Obermayera. Rozrzedzają żelatynę bardzo powoli w postaci lejka; rozrzedzona żelatyna jest czystą. Na agarze nalot bardzo cienki, szarawy, ledwie widoczny, złożony z pojedynczych kolonii (nieznany).

d) *Bacillus albus ex aere* (dla odróżnienia od wodnego). Kolonie duże, powierzchowne, barwy szarawo białej, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach wzębionych. Prątki dość grube, długie, okazujące szybkie bardzo ruchy postępowe. W hodowli kłutej tworzy po 7 dniach biały nalot, podobny nalot na agarze (nieznany).

e) *Bacillus flavus non liquefaciens* tworzy kolonie barwy brudno-zielono-żółtej, nierozrzedzające żelatyny, o brzegach nierównych falistych, pod drobnowidzem brzeg jest ciemniej zabarwiony, niż cała kolonia, która okazuje niewyraźną ziarnistość. Prątki krótkie, grube, o końcach zaokrąglonych, okazujące znaczną ruchliwość. W hodowli kłutej z początku rozwój w postaci gwoździa barwy żółtawej, po dłuższym czasie guziczek rozrasta się na powierzchni a po 6—8 tygodniach zaczynają żelatynę bardzo słabo rozrzedzać. Na agarze nalot zielonkowato-żółty (nieznany).

f) *Bacillus megaterium*. Kolonie barwy szarawej o brzegach nieregularnych. Laseczki dość grube, długie, niektóre wyrosłe w nitki, o końcach zaokrąglonych, nie okazujące żadnej ruchliwości. W hodowli kłutej z początku rozpuszczają żelatynę lejkowato, tworząc na dnie obfity osad ze strzępów złożony, później, gdy rozrzedzenie dochodzi do ścian probówki, rozpuszczają ją warstwowo. Na agarze miejsca okrągłe, duże, kuliste, suche, które zlewając się ze sobą tworzą nalot nie lepki (w powietrzu znalezione i opisane przez prof. Bujwida, w Nrze 24).

g) *Bacillus longus*. Prątki długie, cienkie, niektóre wydłużone w nitki, okazujące słabe ruchy oscylacyjne, szybsze obrotowe. Tworzy kolonie powierzchowne w postaci krzyża, okazujące pod drobnowidzem w środku ziarnistość. W hodowli kłutej nie rozrzedzają żelatyny, nie rosną na powierzchni, lecz w głębi. Na agarze nalot cieniutki, ledwie widoczny (nieznany).

h) *Bacillus plicatus*. Kolonie wystające w postaci grzyba ponad powierzchnię. Prątki małe, drobniutkie, okazujące przeważnie ruchy oscylacyjne. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną bardzo dobrze i na powierzchni i w głębi, tworząc na powierzchni twardy, gruby nalot. Po 4—5 tygodniach żelatyna rozrzedza się w postaci lejka, jest mętną z obfitymi na dnie strzępami barwy żółtej. Na agarze nalot bardzo gruby, skórzasty, barwy żółtej, trudno zdjąć się dający. Bulion po kilku dniach mętnieje, tworząc na dnie strzępy barwy żółtawej (nieznany).

i) *Bacillus fluorescens liquefaciens*.

k) *Bacillus magnus*. Kolonie duże, białe, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, w środku budowa ich koncentryczna, brzeg zaś kolonii jaśniejszy, falisty. Prątki bardzo długie, grube, nieruchliwe, nierozrzedzające żelatyny a tworzące w hodowli kłutej na powierzchni nalot biały. Na agarze nalot brudno-biały, mazisty (podobny do *subtilis*).

l) *Bacillus membranaceus*. Kolonie tworzą na płytce grudki wystające barwy szarawej. Prątki małe, nieruchliwe. Nie rozrzedzają żelatyny a w hodowli kłutej tworzą na powierzchni grudkę, która coraz bardziej w szersz się rozrastając po niejakim czasie zapada się w głąb, tworząc dołek lejkowaty. Na agarze nalot gruby, śluzowy, trudno zdjąć się dający, do błony podobny (nieznany).

m) *Bacillus flavus liquefaciens*. Kolonie powierzchowne, barwy szarawej, o brzegach falistych, w środku okazujące ziarnistość. Laseczki średniej długości, dość grube, na obu końcach zaokrąglone, o ruchach słabych oscylacyjnych. Po 4 dniach w hodowli kłutej powstaje lejek mętnawy, powoli rozrzedzenie dochodzi do ścian probówki i odtąd rozrzedzenie warstwowo postępuje naprzód, przyczem żelatyna staje się czyściejszą a na dnie osad. Bulion po 4 dniach mętny, na dnie obfity osad. Na agarze nalot gruby, cytrynowo-żółty.

n) *Bacillus ramosus liquefaciens*. Prątki dość długie, grube, nieruchliwe, które łącząc się ze sobą, tworzą łańcuszki zebrane we wiązki powikłane (obraz podobny, jak przy *anthrax)*. Żelatynę rozrzedza warstwowo a od środka przewodu wkłucia rozchodzą się ku obwodowi drobne niteczki. Kolonie rozrzedzające żelatynę pod drobnowidzem przedstawiają rozgałęzienia grzybiaste. Na agarze odosobnione kolonie z obwodu, wypuszczające mnóstwo niteczek pierwszorzędnych i drugorzędnych, które łącząc się ze sobą tworzą na powierzchni sieć gęstą, do grzybni podobną. W bulionie osad obfity, złożony z nitek. (Różni się nieco od *bacillus ramosus liquefaciens* wodnego; nieznany).

o) *Bacillus aerophilus* przez Flüggego a następnie przez prof. Bujwida dokładniej opisany.

p) *Bacillus magnus subflavus*. Kolonie białe, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach nierównych, o budowie w środku jakby z grudek złożonej. W hodowli kłutej rosną mocniej na powierzchni, niż w głębi. Laseczki grube, długie, które łącząc się ze sobą, tworzą łańcuszki nieruchliwe. Na agarze pojedyncze kolonie tworzą naloty grube, blado-żółtej barwy (nieznany).

r) Laseczniki szare. Kolonie duże, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny. Prątki cienkie, krótkie, ruchliwe na obu końcach zaokrąglone. W hodowli kłutej tworzą na powierzchni nalot cienki, w głębi jest rozwój bardzo słaby; na agarze nalot szarawy, ziarnisty, dość gruby (odpowiadałyby opisanym przez prof. Bujwida pod Nrem 98).

s) *Bacillus coliformis*. Kolonie dość duże, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach równych, barwy szarawo białej. Laseczki cienkie, średniej długości, okazujące słabe ruchy oscylacyjne. W hodowli kłutej rosną w postaci gwoździa, po niejakim czasie nalot silniej się rozrasta. Na agarze nalot biały, cokolwiek iryzujący. W bulionie nic charakterystycznego (nieznany; znaleziony podczas liczenia brudów).

B. Chorobotwórcze.

1) Ziarniki.

a) *Staphylococcus pyogenes aureus*. Kolonie małe, okrągłe, o brzegach ściśle ograniczonych, kolonie więcej rozwinięte, rozrzedzają żelatynę i są wybitniej żółto zabarwione. W hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę wzdłuż przewodu wkłucia, na dnie osad złocisto-żółty. Na agarze nalot żółty, złocisty. Na ziemniakach z początku nalot niewyraźny, później żółty. Hodowany w temperaturze pokojowej, jak inne bakterye.

b) *Micrococcus tetragonus flavus.* Kolonie okrągłe, żółte. W bodowli kłutej rosną mocniej na powierzchni, niż w głębi, o barwie wybitnie żółtej. Na agarze nalot jasno-żółty. Preparat z żelatyny. Koki skupione, okazujące tendencyę układania się w dwójki i czwórki; z bulionu preperat daje ziarniki w czwórki ułożone.

c) *Micrococcus tetragonus albus* (różnica od poprzedniego podana przez prof. Bujwida pod Nrem 12).

d) *Micrococcus flavescens.* Kolonie nadzwyczaj małe, płytka jakby cienką szpilką nakłuta, powierzchowne, okrągłe, o budowie w środku podobnej do kolonii cholerycznej. W hodowli kłutej rośnie słabo na powierzchni i w głębi, na powierzchni nieco mocniej, tworząc guziczek, żelatyny nie rozrzedza. Na agarze nalot jasno-żółty. Pod mikroskopem preparat z bulionu: ziarniki po 2—3 rzadko typowa czwórka.

2) Laseczniki.

a) *Bacillus coli communis.* Kolonie powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, barwy brudno-białej, o brzegach nierównych, kolonie są duże. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną podobnie jak durowe, tworząc na powierzchni delikatny nalot. Na ziemniakach osad żółty, mazisty. Na agarze nalot szarawy, brudno-białawy. W agarze cukrowym wytwarza gaz. Przy próbie chemicznej daje reakcyę indolową (podczas liczenia brudów). (Dokończenie nastąpi).

IV. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Tłomaczenie najwięcej trafiające do przekonania, oparte na doświadczeniach fizyologicznych, podaje K n i e s. Według niego, ostateczna przyczyna tego rodzaju drżenia ócz tkwi w systemie nerwowym. Aby to jednak zrozumieć, musimy zrobić małe zboczenie w dziedzinę fizyologii mózgu. Wiadomo z badań W e r n i c k e g o, że z *tractus opticus* biegną włókna nerwowe do trzech punktów mózgu: jedne do *corpus geniculatum externum*, drugie do *pulvinar thalami optici*, trzecie do *corpus quadrigeminum anterius.* Te trzy punkta noszą nazwę pierwotnych zwojów nerwu wzrokowego, *ganglia optici primaria.* Z nich dopiero biegną dalej włókna do istoty korowej w płacie potylicznym a mianowicie do tylnych jego części i do *cuneus.* Doświadczenia M u n k a i S c h ä f e r a wykazały, że przez drażnienie słabymi prądami indukcyjnymi kory płata potylicznego, mianowicie tak zwanej sfery wzrokowej wywołać można stale skojarzony ruch obu ócz ku stronie przeciwnej jak miejsce drażnione. O b r e g g i a [17]) zauważył nadto, że przy drażnieniu jednego punktu tej sfery wzrokowej tak zwanej okolicy plamki *(Maculagegend)*, ruch ócz jest tak małym, iż zaledwie daje się dostrzedz. Na tej podstawie powiada więc K n i e s: *In der Sehsphaere sind die eintretenden optischen Fasern und die austretenden motorischen derartig vertheilt, dass Reizung einer beliebigen Stelle einer Sehsphaere beide Augen so einstellt, wie wenn ein an der correspondirenden Stelle der gegenüberliegenden Gesichtsfeldhälfte auftauchendes Object binoculär fixirt würde. Die optische Hirnrinde ist also zugleich das motorische Rindencentrum für die willkürlichen Augenbewegungen, insofern letztere durch bewusste Lichteindrücke veranlasst werden.* Wynika z tego, że obwodowym punktom, sfery wzrokowej odpowiadają obwodowo położone punkta w naprzeciwległej połowie pola widzenia. Im dalej obrazek pada od plamki żółtej, do tem bardziej obwodowego punktu sfery wzrokowej zostaje wrażenie doprowadzone; tem większy więc muszą wtedy oczy wykonać ruch celem ustawienia linii widzenia na przedmiot. Jeżeli zaś obrazek pada na plamkę żółtą, zkąd wrażenie dochodzi do t. zw. *Maculastelle der Sehsphaere*, to nie następuje żaden ruch oczyma, one są już na przedmiot nastawione. U noworodka wiele połączeń między ośrodkami w korze mózgowej a obwodowemi częściami nie jest jeszcze wytworzonych, dopiero z biegiem czasu drogi te, zrazu niejako wytyczone, wydoskonalają się tak, że wrażenia świata zewnętrznego bez przeszkody i szybko do właściwych ośrodków dostać się mogą. Badania B e r n h e i m e r a w Wiesbadenie naprzykład wykazały, że *n. opticus* i *chiasma* u nowonarodzonego dziecka zawierają tylko częściowo włókna rdzenne. A więc i połączenie siedziby wzroku w płacie potylicznym nie jest jeszcze tak dostateczne i doskonałe, z jednej strony z pierwotnymi zwojami nerwu wzrokowego, z drugiej strony z siatkówką, jak to jest u człowieka dorosłego. Dlatego też dziecko uczy się dopiero nastawiać oczy na przedmiot a potrzebne do tego połączenia między ośrodkami korowymi, automatycznymi i siatkówką ulepszają się z biegiem czasu. Jeżeli teraz jakaś przeszkoda optyczna, z którą dziecko przyszło na świat, lub która niedługo po urodzeniu się wytworzyła, uniemożliwia powstawanie wyraźnych obrazków na siatkówce, to w następstwie tego, wrażenie dochodzące do kory mózgowej jest za słabe, aby tam wzniecić dostatecznie silną podnietę do dobrego nastawienia ócz; ośrodki kory nie mogą wyrobić sobie tej przewagi nad ośrodkami odruchowymi, powstaje *nystagmus. Wir kennen demnach,* powiada K n i e s, *den Nystagmus definiren, als mangelhafte corticale Innervation der willkürlichen Bewegungsmuskeln des Auges, als eine besondere Form corticaler Schüttellähmung.* Dlatego też u starszych, choć doznają trwałego upośledzenia wzroku, nie przychodzi do *nystagmus*, bo u nich ten stosunek kory mózgowej do móżdżku jest już przez szereg lat ustalony i móżdżek nie może wyzwolić się z pod wpływu regulującego ośrodków korowych. Potwierdzenie tego zapatrywania znachodzimy także w tych przypadkach drżenia ócz u osób dorosłych, gdzie ognisko chorobowe przerywa drogę dla podniet od kory mózgowej do ośrodków ruchów automatycznych lub gdy skutkiem niedostatecznego rozwinięcia samej kory n. p. mikrocefalii nie mogą ośrodki korowe zapanować nad ośrodkami automatycznymi i zaprowadzić ład i porządek w ruchach (B e n e d i c t, R ä h l m a n n, M e r i e r i inni).

Nystagmus tej grupy ma znaczenie podrzędne, bo wzrok i tak z przyczyn optycznych jest upośledzony. Chorzy nie doznają wrażenia, jak gdyby się przedmioty poruszały, bo *nystagmus* wytwarza się w tym okresie, kiedy oni uczą się poznawać przedmioty, oceniać ich położenie i odległość, uczą się więc równocześnie abstrahować od tych pozornych ruchów przedmiotów, co im tem łatwiej przychodzi, że nigdy inaczej nie widzieli.

Wyleczenie możliwe jest wtedy, jeżeli się uda wcześnie usunąć całkowicie przeszkodę optyczną, która drżenie ócz

[17]) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1889.

wywołała (Arlt i inni). Zadziwiającym przykładem jest przypadek opisany przez Bribozię: Chłopiec 15-toletni dotknięty był wrodzoną zaćmą na obu oczach, V = tylko poczucie światła; mocny *nystagmus*. Po szczęśliwej operacyi zaćmy chory nauczył się rozpoznawać przedmioty, nawet czytać, V = $^{5}/_{10}$. Już w kilka tygodni po odzyskaniu wzroku drżenie ócz zmniejszyło się wyraźnie a w końcu ustąpiło o tyle, że małe drgania występowały tylko pod wpływem wzruszenia psychicznego.

W myśl tłómaczenia Böhma polecano leczyć ten rodzaj *nystagmus* przez przecięcie m. prostego wewnętrznego, lepiej widzącego oka, lecz próby te nie odniosły pożądanego skutku, jak o tem Ruete się przekonał.

Zresztą niemal wszyscy zgadzają się na to, że to drżenie ócz leczenia nie wymaga, bo dolegliwości choremu nie sprawia. Rozmaite próby okazały się bezskutecznemi a chociażby się nam nawet udało w jaki sposób wyleczyć *nystagmus*, to nie oddamy przez to choremu żadnej przysługi, jeżeli ważniejszej zmiany wzrok upośledzającej usunąć nie możemy. Muszę tu jednak wspomnieć, że niekiedy, lubo bardzo rzadko, może z biegiem czasu drżenie ócz zmniejszyć się i bez ustąpienia przeszkody optycznej. Jeden przypadek taki widział i opisał Graefe a Meyer wspomina, że *nystagmus* w przypadkach *coloboma chorioideae* nie rzadko ustępuje w późniejszym wieku. Widziano też u albinosów zmniejszenie się *nystagmus*, gdy im przepisano ciemne okulary.

Trzecią wreszcie grupę, której przedstawicielem jest przypadek nasz, opisany na początku, stanowi *nystagmus* górników. Różni się on przedewszystkiem od poprzednich tem, że tu nie znachodzimy ani zboczeń anatomicznych w układzie nerwowym ani przeszkód optycznych w oku, któreby nam powstanie drżenia ócz tłómaczyły. U nas, jak to oświadczyłem, rzadko mamy sposobność spotkać się z tego rodzaju drżeniem oczu, autorowie za to francuscy, angielscy i niemieccy obserwowali je dość często i to tylko u górników zatrudnionych w kopalniach węgla. Naprzykład w kopalniach południowej Francyi (w Decazeville, Carnicaux), według spostrzeżeń Pechdo, należy do najczęstszych zboczeń, spotykanych u zatrudnionych tamże górników. Już 40 lat temu Dr. Gillet w Sheffield miał zrobić pierwsze spostrzeżenia a w roku 1858 stwierdzono według Bella podobny przypadek w Bradford Eye and Ear Hospital. Dopiero jednak w ostatnich dziesiątkach lat zwrócono baczniejszą uwagę na to cierpienie. W roku 1861 wspomina o niem Decondé a potem opisali wiele przypadków Oglesby, Bell, Taylor, Schroeter, Graefe, Baer, Mooren, Förster i Reuss; w ostatnich zaś czasach obszerniejsze prace poświęcają temu zboczeniu Romiée w Belgii, Dransart we Francyi, Snell w Anglii i Nieden w Niemczech. W dawniejszej pracy Niedena na 7416 górników, zatrudnionych w kopalni węgla, znachodzimy 293 razy drżenie ócz a zatem blisko 4%; w ostatniej zaś wyczerpującej monografii podaje Nieden, iż na 11145 badanych górników znalazł 405 razy *nystagmus*, to jest 3·63% a z obliczenia wszystkich przypadków, widzianych przez lat 17, oblicza odsetkę na 5·7. Dransart na 1200 robotników podaje 3% a Romiée na 900 górników 20% (!). Hoderot zaś na 8602 górników 435 razy = 5%.

Nystagmus górników przedstawia nam zboczenie nabyte w późniejszym wieku, występuje on napadowo, z początku jak w naszym przypadku tylko przy niedostatecznem oświetleniu a więc o zmroku lub podczas pracy w kopalni, później także przy świetle dziennem poza kopalnią. Napady stają się coraz częstsze i coraz wybitniejsze a wywołują je rozmaite czynniki jak: wpatrywanie się w jakiś przedmiot, podniesienie ócz w górę, pewne pozycye ciała, natężenia fizyczne lub wzruszenia umysłowe. Według Schroetera występuje bardzo mocno przy braku światła dziennego, za to nieraz przy dobrem oświetleniu ustaje zupełnie (*Vossius*). W ogóle przekonano się, że napad taki łatwiej występuje, gdy każemy choremu wpatrywać się obuocznie w jakikolwiej przedmiot; trudniej przy wpatrywaniu się jednem okiem, gdy drugie jest zamknięte. Najłatwiej wywołać lub zwiększyć *nystagmus* u górnika przez zwrócenie ócz ku górze, przeciwnie w miarę jak oczy zwracają się ku dołowi zmniejsza się *nystagmus* a wreszcie znika zupełnie a lubo granica, przy której ustaje, znachodzi się w rozmaitych przypadkach niżej lub wyżej, to zawsze, przynajmniej zdaniem Romieégo, każde drżenie ócz u górnika ustaje przy najsilniejszem zwróceniu ócz ku dołowi.

Prawie zawsze *nystagmus* ten pojawia się na obu oczach równocześnie a przypadki drżenia jednego tylko oka, jakkolwiek przytaczane, należą do rzadkości a może i tu nieznaczny *nystagmus* na drugiem oku poprostu przeoczono.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Embryologia.

W. Mikucki: **Budowa histologiczna jajowodu z uwzględnieniem rozwoju fałdów i kanałów drugorzędnych** (z 5 tablicami).

W krótkim wstępie przytacza M. wyniki dotychczasowych badań nad rozwojem i budową histologiczną jajowodów. Badań swych własnych dokonał autor na jajowodach ludzkich, branych z płodów (począwszy od 3-go miesiąca księżycowego ciąży), z dzieci i kobiet dorosłych (po rok 53-ci życia).

M. rozróżnia, jak zawsze, trzy warstwy w ścianie jajowodu: zewnętrzną (otrzewna), środkową (pokład mięśni gładkich) i wewnętrzną (błona śluzowa).

Pokład mięśni gładkich zaczyna się wytwarzać około 4-go miesiąca księż. życia płodu i daje się znów podzielić na 3 warstwy: wewnętrzną i zewnętrzną, podłużną i środkową, okrężną, z których ostatnia jest najsilniej rozwinięta i najpierw się wyosabnia.

Błony podśluzowej M. nie znalazł, natomiast napotkał cienką warstwę mięśni gładkich, jako t. zw. *muscularis mucosae*. Błona śluzowa pokryta jest jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, na którym od 5-go miesiąca księżycowego życia płodu występują migawki. Jądra w komórkach nabłonkowych układają się nieregularnie, raz w dole, drugi raz w górze komórki, co robi wrażenie, jak gdyby było kilka warstw komórek.

W trąbkach kobiet dorosłych zauważył M. dwa rodzaje komórek nabłonkowych: jedne wąskie a długie, o jądrach nadmiernie wydłużonych a między niemi w mniejszej liczbie komórki protoplasmatyczne (pierwoszcza), czworoboczne z jądrami okrągłemi i słabiej niż poprzednie się barwiącemi. Komórki te według M. nie są tworami patologicznymi, ani komórkami śluzowo-zwyrodniałemi, bo znajdują się w trąbkach zupełnie normalnych i dobrze zachowanych, z drugiej strony nie dają reakcyi dla śluzu charakterystycznej.

Błona śluzowa od połowy 3-go miesiąca księżycowego życia płodu zaczyna się pokrywać fałdami wzdłuż osi trąbki przebiegającymi, które najpierw i o wiele silniej występują w zewnętrznym a nieco później dopiero w wewnętrznym i środkowym odcinku jajowodu.

M. dzieli wszystkie fałdy na podstawie ich rozwoju na fałdy pierwotne i późniejsze, te znów na pierwszorzędne, drugorzędne, trzeciorzędne itd. Pierwotnymi nazywa te fałdy, które pierwsze równocześnie w 3. miesiącu życia płodu ukazują się na błonie śluzowej jajowodu, wszystkie inne będą fałdami późniejszymi. Pierwszorzędnymi nazywa autor fałdy bezpośrednio na ścianie trąbki usadowione, fałdy i fałdziki wytwarzające się na fałdach pierwszorzędnych, będą fałdami drugorzędnymi a na tych powstają fałdy trzeciorzędne itd.

W miarę wieku płodu ulegają fałdy rozrostowi tak, że już u noworodka światło trąbki wypełnione jest nimi szczelnie. W większym naturalnie stopniu dzieje się toż samo u kobiety dorosłej.

Tworzenie się wszystkich fałdów polega według M. na bujaniu komórek nabłonkowych w miejscu, gdzie fałd ma powstać. Komórki nabłonkowe rozmnażając się, tworzą wypuklenie do światła trąbki a następowo pociągają za sobą tkankę łączną (*mucosa propria*). W wielkich fałdach napotkał M. włókna mięsne gładkie, które mają związek z *muscularis mucosae*.

Gruczołów w błonie śluzowej M. nie znalazł, natomiast napotkał wśród fałdów ślepe zaułki wyścielone nabłonkiem cylindrycznym i mające przebieg równoległy z osią trąbki, których powstawanie tłómaczy sobie autor zrostem dwóch obok siebie leżących fałdów w jeden. Zaułki te zasługują na miano przewodów drugorzędnych. Nadto przez przyleganie do siebie fałdów blisko leżących mogą się również tworzyć przewody, które jednakże swe powstawanie zawdzięczają tylko stosunkom mechanicznym i są tworami niestałymi. (*Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Zeszyt I. 1895). (Autoreferat).

Bakteryologia.

Walthard: O działaniu przeciwprątkowem mucyny.

W. przekonał się w czterech przypadkach cięcia cesarskiego, że pochwa i okolica ujścia zewnętrznego macicy zawierają mnóstwo drobnoustrojów, natomiast $^2/_3$ górne części przewodu szyi, jama macicy i trąbki w stanie prawidłowym aż do końca ciąży od nich są wolne.

Badając wpływ śluzu składającego się z czystej mucyny, którego czop wypełnia przewód szyi, na rozwój drobnoustrojów, przekonał się autor, że śluz ten nie działa antyseptycznie w tem znaczeniu jak środki chemiczne, lecz że działanie swe ochronne zawdzięcza tylko tej okoliczności, iż jest złą dla drobnoustrojów pożywką. Hodowle bowiem drobnoustrojów na agarze powleczonym śluzem ze szyi, rozwijały się prawidłowo, natomiast na czystym śluzie w termostacie w ciągu dni 14-tu ani gronkowiec złocisty, ani paciorkowiec ropny nie rosły, nie tracąc wcale przez ten czas swej żywotności; zaszczepiając zaś nieszkodliwy, duży prątek znajdujący się w pochwie, za pomocą odpowiedniej rurki szklanej zatopionej, której koniec w samym przewodzie szyi się odłamywał, na czop śluzu w szyi macicy osób ciężarnych, zdołał W. udowodnić, że i w ustroju śluz ten posiada takie same własności, jak poza ustrojem i że drobnoustroje, które dostają się do szyi wraz z wydzieliną nierozwijając się dalej, na zewnątrz zostają usunięte. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde* 1895. Tom XVII. Z. 9/10).

Ciechanowski.

Higiena.

Flügge: O zadaniach i skuteczności wyjaławiania mleka wobec cierpień przewodu pokarmowego u osesków.

F. pragnął udowodnić, że błędnem jest ogólnie przyjęte mniemanie, jakoby wyjaławianie mleka za pomocą godzinnego gotowania uwalniało je zupełnie od drobnoustrojów, jakoby pozostające jeszcze po tem drobnoustroje były nieszkodliwe a wreszcie jakoby rozwój drobnoustrojów w mleku objawiał się zawsze widocznym tegoż rozkładem. W tym celu badał, które z drobnoustrojów mleka krowiego swojemi właściwościami biologicznemi wzbudzają podejrzenie, że mogą na przewód pokarmowy działać szkodliwie i jaki jest wpływ używanych obecnie sposobów wyjaławiania na takie gatunki bakteryj. Po wykluczeniu tych gatunków, które giną już po lekkiem zagotowaniu (prątki kwasu mlekowego, *proteus*, *bacterium coli* i t. d.) i tych, które szybko sprawiają widoczny rozkład mleka (*bacillus butyricus* i t. d.), zdołał F. wykryć jeszcze kilka, których nie niszczy nawet 1½ godzinne gotowanie. Między nimi znajdowała się grupa mikrobów zamieniających sernik w pepton, zdolnych do rozwoju bez dostępu powietrza i nadających mleku smak gorzki, który jednakże był wyraźny dopiero przy znacznym ich rozwoju. Sernik ścina się w ich obecności dopiero bardzo późno, przez co mleko zawierające je może długi czas uchodzić za zupełnie dobre. *Optimum* ich wzrostu przypada między 24 a 54° C. Trzy z pomiędzy nich znajdujące się stale w mleku kupnem, wywoływały ciężkie objawy zatrucia u zwierząt, u psów n. p. biegunki nieraz śmiertelne. One to właśnie można posądzać więcej o szkodliwe działanie, niż inne dotąd w mleku znalezione gatunki; przekonano się bowiem nawet, że mleko szkodliwe miało smak gorzkawy a więc zawierać musiało peptonizujące drobnoustroje.

Jedynie pewną metodą zupełnego wyjałowienia mleka jest według badań F. sterylizowanie parą pod ciśnieniem w wielkich ilościach; mniej pewne rezultaty daje kilkakrotne, przerywane wyjaławianie mleka zupełnie świeżego, obie te jednak metody są zbyt kosztowne. Rozpowszechnione w ostatnich czasach w handlu mleko, wyjaławiane w małych ilościach w temperaturze 100—103°, zawiera w 30—100% wypadków peptonizujące drobnoustroje. Mleko takie należałoby przechowywać w ciepłocie nie sięgającej 18° C. lub zużytkowywać w ciągu najdalej 12-tu godzin, jeżeliby nie można go zupełnie z handlu usunąć lub zastąpić kosztowniejszem, ale pewnem mlekiem wyjaławianem w wielkich ilościach pod ciśnieniem parą.

Wyjaławianie mleka w domu wreszcie za pomocą aparatu Soxhleta, również nie daje rękojmi zniszczenia podejrzanych drobnoustrojów. Ażeby rozwój pozostających po gotowaniu drobnoustrojów ograniczyć lub zatamować, należy mleko szybko zużywać lub też przechowywać w chłodzie (niżej 18° C.) w piwnicy lub wstawiać do zmienianej często zimnej wody. Gotowanie dłuższe niż 10 minut, według F., nie jest potrzebne; czas ten bowiem wystarcza zupełnie do zniszczenia wszystkich tych drobnoustrojów, które przez gotowanie zniszczyć się dają; zamiast zaś drogiego aparatu Soxhleta, może, według F., ludność uboga używać również dobrze prostszych naczyń z przedziurawioną pokrywą, obejmujących na cały dzień porcyę mleka lub pół dnia, byle je potem trzymać w chłodzie a flaszki do ssania zaraz po niem czyścić dokładnie. (*Zeitschrift für Hygiene* 1895. T. XVII).

Ciechanowski.

Medycyna sądowa.

Strassmann: O wykazaniu otrucia w przypadkach sądowych na podstawie zmian anatomicznych.

Autor zwraca uwagę w treściwym wykładzie mianym w towarzystwie lekarskiem Hufelanda w Berlinie na doniosłe znaczenie zmian anatomicznych w przypadkach otrucia, mianowicie zwraca uwagę, jak często grono sędziów i publiczność przecenia czynność chemików sądowych na niekorzyść lekarzy sądowych, jak często przypisuje się wynikowi rozbiorów chemicznych niesłusznie rozstrzygające znaczenie; podnosi natomiast znaczenie rozpoznawcze zmian anatomicznych, które w bardzo wielu przypadkach otrucia czyni zbytecznym rozbiór chemiczny.

Przedstawiwszy szereg kolorowanych rycin i preparatów mikroskopowych z przypadków otrucia różnymi przetworami, roztrząsa ich sposób działania i zmiany przez nie

wywołane i tak zastanawia się nad zmianami po chloranie potasowym i innych przetworach niszczących czerwone ciałka krwi, zmianami przy otruciu za pomocą fosforu, tlenku węgla, przy którym zwraca uwagę na wielką wartość próby tanninowej Kunkla, stawiając ją (niesłusznie!) ponad próbę widmową. Z kolei zastanawia się autor nad przetworami działającymi miejscowo, które wywołują zmiany w postaci nadżerek, odczynu zapalnego, wynaczynień krwi, przyczem nadmienia, że rozległość zmian, ich kombinacya składają się na anatomiczne obrazy dla różnych przetworów i równe i charakterystyczne. W przypadkach otrucia zgęszczonymi rozczynami karbolu i sublimatu lub arszenikiem *in substantia*, przedstawiają ściany przewodu pokarmowego obraz nekrozy koagulacyjnej, są ćme, białe, twarde; mikroskopowo stwierdza się, iż nekroza dotyczy tylko przybłonka, na którego powierzchni znajduje się pokład wypociny skrzepłej przez jego obumarcie. Otrucie karbolem zdradza się wonią, otrucie arszenikiem ogniskowemi zmianami w postaci nadżerek i wybroczyn, jakoteż obecnością kryształków arszeniku w tychże miejscach, otrucie zielenią szwajnfurtską barwą jej, otrucie sublimatem zmianami w jelitach grubych w postaci zapalenia błoniczego.

Przy tej sposobności przytacza autor przypadek otrucia sublimatem, w którym przyszło do porcnienia i do następowego zapalenia błoniczego dróg porodowych, przyczem jednak jelita grube nie okazywały zmian.

W dalszym ciągu roztrząsa autor różnice zmian anatomicznych w przypadkach otrucia kwasami żrącymi, jak kwas siarkowy, solny, azotowy a ługami, poczem przytacza znamiona otrucia kwasem szczawiowym, po którym nie zauważa się tak rozległych wybroczyn, jak po kwasach nieorganicznych natomiast spostrzega się na błonie śluzowej i w wybroczynach kryształki szczawianu wapna w postaci ściętych słupków. W końcu opisuje autor cechy anatomiczne otrucia sinkiem potasu. *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

74. F. Eschbaum: O ciężarze kropli leków płynnych (z pracowni farmakologicznej prof. Lewina w Berlinie). Miary tak przybliżone, jak łyżki stołowe i łyżeczki do kawy nie mogą oczywiście mieć żadnej pretensyi do ścisłości. Ale różnica między łyżką największą a najmniejszą jest bardzo mała w porównaniu do różnicy kropli od kropli. Dlatego oddawna już czuć się dawała potrzeba zbadania stosunku ciężaru do kropli. Zajął się tem autor na życzenie prof. Lewina. Wielkość kropli zależy głównie od dwóch czynników: 1) Od rodzaju samegoż płynu; tak n. p. kropla wody jest trzy razy cięższą od kropli *tra chinae composita*. 2) Od szyjki i napełnienia flaszeczki. Z jednej kropli wody, wypływającej z flaszki, mającej szyjkę grubą i szeroką można otrzymać dużo kropel małych zapomocą flaszki o wąskiej szyjce, ostro szlifowanej. Z tejże samej flaszki można uzyskać krople rozmaitej wielkości według tego, czy flaszka była wypełniona zupełnie lub do połowy albo nieco tylko zawierała płynu.

Tak n. p. z flaszki 30 cm.³ zawierającej i jednego cm.³ wody otrzymał autor, jeżeli flaszka była pełna, 6 kropel, jeżeli zawierała płyn do połowy, 7 a jeżeli tylko odrobinę, 10 kropel.

Na te stósunki, tak ważne przy przepisywaniu i odmierzaniu leków zwracano dotychczas bardzo mało uwagi. Zbadaniem ich zajął się autor i podjął w tej mierze cały szereg doświadczeń, z których wypada, co następuje:

Wielkość i objętość kropli zależy głównie od *a)* przylegania płynu do szkła i *b)* spójności cząstek płynu między sobą.

Przyleganie kropel do flaszki zależy od postaci jej szyjki, mianowicie od zewnętrznego obwodu miejsca, z którego wypływają krople.

Wyjątek od tego prawidła stanowi tylko rtęć, której krople zależą pod względem wielkości od średnicy otworu wypływu.

Spójność rozmaitych płynów jest także bardzo rozmaita; jest ona n. p. największa dla wody, mniejsza dla gliceryny, jeszcze mniejsza dla wyskoku a najmniejsza dla eteru.

Tak n. p. waży 50 kropel, uzyskanych z rurki mającej 6·56 mm. grubości, w ciepłocie 15° C.: wody 5·00, gliceryny 3·90, wyskoku bezwodnego 1·54, eteru 1·22 gramów.

Ze zmięszania innych płynów ze sobą powstają krople, mające ciężar pośredni składników.

Na spójność płynów wpływają, jak wiadomo, temperatura i rozpuszczenie ciał stałych; one też wpływają także i na wielkość kropel.

Wpływ temperatury wszakże pod względem praktycznym nie ma znaczenia; jaki zaś wpływ ma rozpuszczenie ciał stałych, świadczą n. p. następujące liczby:

50 kropel wody uzyskanych z rurki, mającej 6·56 mm. grubości, waży w ciepłocie 15° 5·00 gramów, jak już podaliśmy.

50	kropel	rozczynu kwasu borowego	1+24	waży	5·02	grm.
50	„	„ *morphium mur.*	1+29	„	5·05	„
50	„	„ wodnego KBr	1+2	„	5·34	„
50	„	„ *zincum sulf.*	1+4	„	5·12	„
50	„	99·5% wyskoku		„	1·54	„
50	„	subl. 1·00, wysk. (99·5%)	4·00	„	1·57	„
50	„	eteru		„	1·22	„
50	„	zgęszcz. rozczynu sublim. w eterze		„	1·24	„

Krople tego samego płynu są sobie równe, jeżeli wypływają z rurki poziomo ustawionej, przyczem wielkość kropli zależy od zewnętrznego obwodu ujścia.

Tak n. p. z rurki mającej w ujściu 6·56 mm. grubości, otrzymano z grama wody 10 kropel, z grama zaś roztworzonego wyskoku 26 krop., z grama *aqua amygdalarum* 19 kropel.

W ten sposób obliczył autor dla bardzo wielu płynów znajdujących się po aptekach liczbę kropel na gram płynu a tem samem ciężar kropli. Z tego pokazuje się: dla eteru 41 kropel a ciężar kropli 0·024, *aqua calcis* 10 i 0·101, *balsamum copaivae* 19 i 0·052, *balsamum peruvianum* 16 i 0·063, *extum hydrastis canadensis fluidum* 24 i 0·41, gliceryny 13 i 0·078, kreozotu 19 i 0·053, *liquor kali arsenicosi* 15 i 0·067, *oleum crotonis* 24 i 0·042, *oleum jecoris aselli* 22 i 0·046, *oleum ricini* tak samo, *oleum terebinthinae rectificatum* 27 i 0·037, *spiritus* 29 i 0·034, *tra chinae composita* 26 i 0·039, *tra jodi* tak samo, *tra opii simpl.* 21 i 0·047, *tra strophanti* 26 i 0·038, *tra valerianae aetherea* 30 i 0·033, *vinum colchici* 17 i 0·038.

Wobec tego winien lekarz albo znać stosunek kropli do ciężaru albo, co najlepiej, przepisywać leki tylko według wagi. Tak n. p. *Rp. Morphini muriatici* 0·10, *aquae* 20·00, DS. Co 2 godziny zażywać po gramie, (coby znaczyło po 10 kropel).

75. D. Buck: Somatoza, nowa pożywka. Najważniejszą pożywką każdego zwierzęcia i człowieka jest białko i w prawidłowych okolicznościach jest w pożywieniu czy roślinnem czy zwierzęcem tyle białka, ile go organizm potrzebuje. Można przyjąć, że człowiek pracujący, zdrowy, o średnim ciężarze 70 kilogramów potrzebuje dziennie około 90 grm. białka, co odpowiada około 500 grm. mięsa.

Tej prawidłowej potrzebie organizmu odpowiada pożywienie, składające się ze stosownej ilości białka, tłuszczów i wodanów węgla.

W chorobie bywa często albo wymiana materyi powiększona, albo, co jeszcze częściej, upośledzonem przyjmowanie i wsysanie pokarmów. Dlatego już oddawna w celu ułatwienia trawienia zadawano peptony, których wessanie jest łatwiejsze; przekonano się jednak, że i one, mianowicie przy dłuższem zażywaniu, mają wiele niedogodności, wywołują przez swój smak odrazę a nieraz nawet przez powiększenie ruchu robaczkowatego jelit przeczyszczają.

Wobec tego należy obecność znaczniejszej ilości peptonu w przetworze, mającym przez swą strawność zastępować białko właściwe, uważać za szkodliwą.

Fabryka F. Bayera w Elberfeldzie wyrobiła przetwór, nazwany somatozą, zbliżony nadzwyczaj do czystej albumozy.

Przetwór ten zawiera według Goldmanna 78% a według Hildebrandta nawet 84 do 86% albumozy obok wody i soli i stanowi proszek żółtawy, z bardzo drobnych ziarn złożony, bezwodny i nie mający prawie żadnego smaku, rozpuszczający się w wodzie zupełnie. Według ilości azotu ma on wartość białka czterokrotnie mięso przewyższającego.

Doświadczenia kliniczne potwierdziły wartość somatozy i wykazały, że somatoza obok pewnej ilości białka w pokarmach działa bardzo dobrze w rozmaitych chorobach gorączkowych, niedokrewności a osobliwie w zboczeniach ze strony przewodu pokarmowego.

Dawka dzienna jest 15 do 20 gramów. Somatozę zadawać można z mnóstwem innych substancyj po rozpuszczeniu jej w wodzie ciepłej.

Osobom bardzo drażliwym i grymaśnym można dawać somatozę w postaci lodów, nawet zaprawionych. *(Wiener klin. Rundschau.* 16 i 17. 1895).

76. Poncet (w Lugdunie): O znieczulaniu eterem (z posiedzenia Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu w dniu 29. Maja r. b.) Prelegent zdaje sprawę ze swych doświadczeń w tej mierze, obejmujących okres 27 lat i około 25000 przypadków. Używał on sam i widywał użycie przez innych chloroformu, ale przyznaje eterowi stanowczą wyższość nad chloroformem, jakkolwiek nie zaprzecza, że i eter może być nieraz niebezpiecznym, niedogodnym i że w pewnych okolicznościach należy się innym środkom znieczulającym pierwszeństwo.

Przypady niekorzystne, które wywołuje eter, tyczą się prawie wyłącznie narządu oddechowego i dadzą się zresztą łatwo pokonać, ponieważ nie występują nagle, lecz mają za poprzedników oddech charczący, zaczerwienienie i zsinienie twarzy i t. d.

Groźne przypady przez eter wywołane zdarzały się prelegentowi u ludzi chorowitych i u ludzi, u których badanie za życia nie wykrywało żadnych zmian ważniejszych, u których jednak autopsya wykrywała zboczenia, które należałoby uważać za przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego. W jedynym przypadku śmierci, który prelegent może przypisać zastosowaniu eteru, autopsya wykazała znaczne zmiany w sercu tego rodzaju, iżby i chloroform w tym przypadku sprowadził zejście śmiertelne.

Prelegent widział często ważne i mniej ważne przypady ze strony narządu oddechowego po użyciu eteru, ale poskramiał je zawsze środkami zwykłymi, w ostateczności tracheotomią. Chloroform przeciwnie nieraz zabija nagle, bez żadnej widocznej przyczyny.

Za pierwsze przeciwwskazanie do użycia eteru uważa prelegent wiek operowanych. U dzieci do lat 14 i 15 używa chętniej chloroformu niż eteru, ponieważ eter drażni u nich drogi oddechowe i sprowadza wydzielanie się śluzu w wielkiej ilości, mogącej sprowadzić asfiksyę. Tyczy się to przedewszystkiem oczywiście dzieci zakatarzonych.

Również przeciwwskazanym jest eter u ludzi wiekowych z rozdęciem płuc a jeszcze więcej nieżytem dróg oddechowych. Nie wytwarza on wprawdzie u nich tak wielkich ilości śluzu, jak u dzieci, ale drażni za to w sposób trwalszy drogi oddechowe i daje przez to powód do powstania w pierwszych dniach po operacyi zapalenia oskrzeli tudzież zapalenia płuc i oskrzeli ciężkiego, nieraz nawet śmiertelnego. Nie można jednak wszystkich tego rodzaju powikłań kłaść wyłącznie na karb eteru; prawdopodobnie bowiem i zimno, na które są wystawieni operowani, nieraz nawet dosyć długo, mogłoby tu mieć znaczenie etyologiczne.

Prócz tych przeciwwskazań wypływających z wieku operowanych uważa prelegent jeszcze za przeciwwskazanie do użycia eteru porę nocną, miejsce do operowania ciemne, niedostatecznie przewietrzane i obecność płomienia lub żaru, od któregoby zająć się mogły pary eteru i sprowadzić przezto wybuch.

Oczywiście, iż także i znieczulanie eterem wymaga baczności i czujności, osobliwie przy operacyach na twarzy i szyi, jak wyraża się Duret, przy operacyach w zakresie nerwów opuszkowych, t. j. wychodzących z rdzenia przedłużonego.

Nakoniec oświadcza prelegent, że eteryzacyę prostą, t. j. znieczulanie wyłącznie samym tylko eterem uważa na podstawie swego doświadczenia za lepsze, niż znieczulanie przez użycie obok eteru innych środków narkotycznych, mających ułatwiać znieczulenie i czynić je bezpieczniejszem. Ma on tu na myśli wstrzykiwanie podskórne na kilka minut przed operacyą roztworu atropiny z morfiną. Prelegent widział po takiem postępowaniu nieraz tak długie znieczulenie, iż z obawy o życie, musiano nieraz i przez kilka godzin cucić tak znieczulonych.

Do znieczulenia eterem używa prelegent wyłącznie maski Rouxa, zmodyfikowanej przez siebie samego w sposób praktyczny i dającej się łatwo i bezpiecznie desinfekcyonować. *(La Semaine médicale* 5. Czerwca 1895).

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Posiedzenie piąte dnia 26. Lipca o godzinie 4. popołudniu.

Przewodniczący Dr. Drobnik z Poznania.

XVIII. Dr. **Kader** *O leczeniu choroby Basedowa.* Mówca przytacza dotychczasowe poglądy na powstawanie różnych objawów tej choroby i wykazuje, że są one po większej części nieuzasadnione i nie tłomaczą ich powstawania i strony etyologicznej cierpienia. Dalej opisuje przypadki choroby Basedowa, spostrzegane przez siebie w klinice chirurgicznej wrocławskiej i opierając się na nich, stara się dowieść istnienia ścisłego związku między chorobą tą a zmianami chorobowemi w zwojach nerwu współczulnego na szyi. Odczyt swój autor przedstawia obecnie tylko jako doniesienie tymczasowe, szczegółowe uzasadnienie poglądów swoich odkłada on do pracy obszerniejszej, niedługo mającej wyjść z druku.

Dr. Ziembicki do dyskusyi z Dr. Barączem, z powodu swego wykładu na poprzedniem posiedzeniu, dodaje, że pierwszym, który zaproponował chirurgiczne torowanie sobie drogi do śródpiersia tylnego przez resekcyę żeber od tyłu i odklejanie opłucny, był Nasiłow a nie wymienieni przez Dr. Barącza autorzy francuscy Hartmann i Quénu, którzy dopiero później opisali taki sam sposób postępowania.

XIX. Dr. **Gabryszewski.** *O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów* w klinice krakowskiej za przeciąg czasu od roku 1887 do r. 1893. Mówca podaje liczby, tyczące się wyników operacyjnie leczonych przypadków gruźlicy różnych stawów. Wniosków autor z danych tych nie wysnuwa; odkłada on je do pracy obszerniejszej o tym przedmiocie.

W dyskusyi nad odczytem Dr. Gabryszewskiego oświadcza Dr. Wehr, że w gruźlicy stawów, szczególniej u dzieci, stosuje on z wielkiem powodzeniem jodoform. Operacye wykonywa autor zwykle atypowe; poczem ranę tamponuje i kończynę ustawia w położeniu odpowiedniem zapomocą szyn i opatrunku ustalającego; później w niektórych razach w celu

przyspieszenia zagojenia się już powierzchownej rany stosuje mówca operacye plastyczne sposobem Reverdina lub Thierscha.

Dr. Kader podaje, że w klinice chirurgicznej wrocławskiej stosują w zapaleniu gruźliczem stawów przeważnie metodę Biera; wyniki daje ona bardzo dobre, szczególniej w gruźlicy błon okołostawowych. Jednocześnie w razie potrzeby je skrobią, wypuszczają ropę, wyjmują martwiaki kostne i t. d. Metoda Biera daje dobre wyniki nawet i w leczeniu flegmon; stosuje się ją wtedy po odpowiednich nacięciach.

Dr. Ziemacki zwraca uwagę na zalety metody Lannelonguea, polegającej na wstrzykiwaniu dwuchlorku cynku; sposobem tym leczył koło 20-tu przypadków; wyniki otrzymał dość dobre, jednakże w niektórych z nich ostatecznie trzeba było uciec się do resekcyi stawu.

Dr. Drobnik przytacza swoje postępowanie w leczeniu gruźlicy stawów. Od paru lat używa on nowego sposobu, t. zw. kanalizacyi kości, polegającego na robieniu otworów i kanałów różnej długości w chorej kości, które następnie tamponuje gazą. Metodę tę wprowadził mówca po raz pierwszy, lecząc zapalenie gruźlicze kolana u jednego chorego, który nie chciał się zgodzić na amputacyę pomimo przypadku bardzo zapóźnionego i niepomyślnego, po zrobieniu takiej kanalizacyi nastąpiło wyleczenie i chory ten obecnie chodzi dobrze. Od tego czasu postępowanie takie stosuje mowca dość często.

Dr. Kryński zapewnia, że kanalizowanie stawów gruźliczych nie jest wcale rzeczą nową; dawniej już stosował je Wahl, na tegorocznym zaś zjeździe w Rzymie polecał Stokes postępowanie takie w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.

Dr. Gabryszewski twierdzi, że wtrzykiwania do stawu są bardzo bolesne; sądzi zarówno, że i stosowanie metody Biera wywołuje znaczne bóle.

Dr. Kader zaprzecza stanowczo temu; metoda Biera stosowana dobrze, nietylko nie wywołuje bólów, ale przeciwnie istniejące poprzednio znosi.

Prof. Rydygier oświadcza, że pożądanem byłoby na przyszłych zjazdach zaproszenie do wspólnej pracy w niektórych kwestyach, dotyczących medycyny wewnętrznej i chirurgii, lekarzy internistów. Jako tematy do obrad na przyszłorocznym zjeździe chirurgicznym podaje prof. R.: *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa*. W końcu składa podziękowanie gospodarzowi sekcyi chirurgicznej Drowi Ziembickiemu za trudy, położone około utworzenia sekcyi i tak umiejętne i godne uznania zorganizowanie posiedzeń i wyraziwszy radość z powodu znacznej liczby zapowiedzianych odczytów, ożywionych dyskusyj i licznego zawsze zgromadzenia uczestników na posiedzeniach, zakończył zaproszeniem do równie licznego współudziału w przyszłorocznym VII-mym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Prof. Obaliński: O modyfikacyi postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu (z demonstracyą).

Dr. Bogdanik: O operacyach na woreczku żółciowym.

— Dr. Walery Jaworski, profesor nadzwyczajny patologii i terapii chorób wewnętrznych w Uniw. Jagiell. otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniw. Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany prof. Dr. N. Cybulski.

— W połowie Września roku zeszłego zmarł w Hamburgu lekarz Dr. Oergel na cholerę „laboratoryjną", o czem donieśliśmy w swym czasie (por. Nr. 42. *Przeglądu lek.* z roku 1894). Zmarły zapisał swej matce policę zabezpieczenia na życie zawierającą klauzulę, iż Towarzystwo wypłaci jej po jego śmierci pewien kapitał, „jeżeli śmierć nastąpi w sposób nagły i gwałtowny, niezależny od woli zabezpieczonego a sprawiony przez zewnętrzną przyczynę mechaniczną". Opierając się na tem interesowane Towarzystwo asekuracyjne odmówiło wypłaty kapitału; sprawa poszła przeto pod rozstrzygnięcie sądów, z których sąd apelacyjny hamburski oddalił powódkę z jej żądaniem orzekłszy, że mnożenie się laseczników i skutki przez nie sprawione w przewodzie pokarmowym należy uważać za sprawę nie mechaniczną, ale chemiczną.

— **Według dat dostarczonych przez E. Kaurina** trąd zmniejsza się w Norwegii; gdy bowiem w roku 1856. liczono w tym kraju 3000 trędowatych, było ich z końcem 1892 roku 800—900 a od tego czasu dotąd liczba ta zmniejszyła się jeszcze tak, iż z 5-ciu szpitali przeznaczonych wyłącznie dla trędowatych w tym kraju mają być wkrótce dwa zamknięte.

Dr. E. Kaurin uważa trąd za chorobę wyłącznie tylko zaraźliwą a dziedziczność jedynie za przyczynę uspasabiającą. Odosobnienie przeto zupełne trędowatych jest, zdaniem jego, środkiem koniecznym do zupełnego wygubienia tej choroby.

— Akademia wojenno-lekarska w Petersburgu postanowiła obchodzić w dniu 18. Grudnia r. 1898. setną rocznicę swego założenia i w tym celu wydać dwa dzieła: jedno obejmujące jej historyą w pierwszem stuleciu czynności, drugie zawierające monografie historyczne i statystyczne katedr i rozmaitych instytutów połączonych z Akademią.

— W Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech oddany będzie temi dniami do użytku publicznego nowy, wspaniały hotel, zbudowany przez architektów wiedeńskich Banqua i Pie, mieszczący w sobie 14 łazienek, z wszelkim komfortem urządzonych i 30 pokoi mieszkalnych.

— Wiadomo, jak ważnem a trudnem i kłopotliwem osobliwie dla miast dużych jest usuwanie śmieci, ile na tem polu robiono projektów i prób. Do ostatnich w tej mierze należy palenie śmieci a jednem z pierwszych miast, które wyzyskało praktycznie ciepło wytworzone przez palenie śmieci, jest miasto Ealing pod Londynem, w którem w osobno na ten cel urządzonych 7 wielkich piecach spala się śmieci wraz z mułem wydobytym maszynami z kanałów miejskich. Spalenie odbywa się tak dokładnie, iż gazy ze spalenia powstałe prawie bez dymu i woni uchodzą na zewnątrz kominem mającym aż 43 metry wysokości. Ciepło ze spalenia śmieci uzyskane wystarcza do otrzymania przez dzień siły 50 koni parowych, poruszających dynamomaszyny; wieczorem, gdy potrzeba więcej światła elektrycznego i siły, pali się w piecach węglami.

— **Wykaz** lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach w bieżącym roku uzupełniamy doniesieniem, iż w Lubieniu czynnym jest Dr. Paweł Radecki a w Maryenbadzie prócz wymienionych poprzednio Dr. H. Fraenkel.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Tworkach w dniu 3. Czerwca r. b. **Dr. Adam Podolski.** W Łodzi w dniu 3. b. m. w 38. roku życia **Dr. Wiktor Micewicz**, wychowaniec Uniwersytetu juryewskiego (dorpackiego), lekarz cieszący się uznaniem i sympatyą w szerokich kołach

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 23. J. Jaworski i L. Nencki: Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek *Apolisin* przeciwgorączkowy i kojący. F. Stępkowski: Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy u młodej dziewicy. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie majowym. W. Janowski: Przypadek zapalenia ropnego gruczołu przyusznego (*parotitis purulenta*) wywołany przez laseczniki tyfusowe. L. E. Bregman: O przyczynach powstawania

skoliozy w nerwobólu kulszowym *(ischias scoliotica)*. J. Bączkiewicz: O stosowaniu surowicy antydyfterytycznej (wskazówki praktyczne). — W *Medycynie* Nrze 23. S. Lalewicz: Kilka uwag o roli i zadaniu spółczesnej ekspertyzy sądowo-lekarskiej (dok.). S. Grosglik: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania (ciąg dalszy).

— **Od Administracyi**: Dr. Januszkiewicz w Pilźnie (w Galicyi) złożył na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla 5 złr.

Sprostowanie. W Nrze 22. *Przeglądu lekarskiego* w artykule Dra Łepkowskiego na stronie 325, szpalta II., wiersz 11. od dołu zamiast: „Jak się dowiaduję z pracy Dra Wehra, Trillat uważa“ powinno być: „Jak się dowiaduję z pracy Dra Wehra, uważa tenże“.

W Nrze 23. na str. 351, w szpalcie II., wiersz 18. od góry zamiast: „kefiru“ powinno być: „kumysu“, jak to zresztą z treści samej wypada.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Czajkowski: *Przyczynek do etyologii odry* (z demonstracya); 2) kol. prof. Jordan: *Spostrzeżenia i uwagi nad ciążą zamaciczną* (z demonstracya kilku preparatów).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 693. / 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin, z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 nr. 17. dz. ust. kraj., prócz dostatecznej fizycznej zdatności, udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa, najdalej do 15. Czerwca 1895.

Bohorodczany, dnia 2. Maja 1895.

Józef Szeliński.
Prezes.

126—3—3

Dr. Władysław Harajewicz

były sekundaryusz szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie

ordynuje 88—10—6

jak lat ubiegłych w letnim sezonie

W MARYENBADZIE

Villa „Belvedere“.

Dr. Henryk Fraenkel

z Krakowa

udziela jak poprzednio porady lekarskiej podczas pory kąpielowej

w MARYENBADZIE.

(Château Heilbronn). 123—3—3

Dr. Karol Dębicki

ordynuje jak lat poprzednich

W FRANCENSBADZIE

do końca Września. 132—5—1

Dr. Zdzisław Nieszkowski

przez długie lata lekarz zdrojowy w Szczawnicy, w r. b. od 10. Czerwca będzie ordynował

W KRYNICY

w domu zakładowym pod „Orłem“. 96—8—7

Dr MICHAŁ KAUFMANN

ordynować będzie jak w latach poprzednich przez sezon kąpielowy

W MARYENBADZIE 92—10—7

(VILLA LISSA).

W atonii kiszek, nerwobólach i otyłości łączy kuracyę zdrojową z mięsieniem (*Massage*), które sam wykonywa.

Dr. Franciszek Ksawery Górski

ordynuje od 1. Czerwca b. r.

W SZCZAWNICY.

Willa „Siostra“. 127—3—2

LUBIEŃ

Zakład kąpielowy wód siarczanych

w pobliżu Lwowa, Gródka i Szczerca

Lekarz zdrojowy **Dr. Paweł Radecki.** 129—3—2

Vinum sagradae genuin. „Liebe“. [illegible]



Dr. Fr. Jankowski

ordynuje od 1. Maja 112—3—2

w Nauheim.

ZDROJOWISKO

Teplitz-Schönau

w Czechach, od wieków znane i słynne gorące, alkaliczno-solne cieplice (23—37° R.) — **Kuracya zdrojowa cały rok** bez przerwy.

Wybitne przez swe nieprzewyższone działanie przeciw dnie, gośćcowi, porażeniom, nerwobólom i innym chorobom nerwowym; z świetnym skutkiem w chorobach następowych po ranach postrzałowych i ciętych, po złamaniach kości, w zesztywnieniu stawów i skrzywieniach. 40—6—5

Wszelkich wyjaśnień udzielają i zamówienia na mieszkania przyjmują: dla Teplitz Inspektorat zdrojowy w Teplicach, dla Schönau Urząd gminny w Schönau.

SZCZAWNICA „Miedziuś“.

Przy zakładzie hidropatycznym zaprowadzonym został

PENSYONAT

z komfortem urządzony. — Kuchnia smaczna, wodociągi, telefony, oświetlenie elektryczne i t. p. — Opłata od 3 złr. 50 ct. na dobę od osoby za wszystko.

118—12—5 *Dr. Kołączkowski, właściciel i kierownik.*

Kąpiele borowinowe w domu.



Wygodne środki do urządzenia

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Mattoniego sól borow.	Mattoniego ług borow.
(wyciąg suchy)	(wyciąg płynny)
w skrzynkach po 1 kilogr.	w flaszkach po 2 kilogr.

Od wielu lat wypróbowane w: 53—21—10

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, żołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI

Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl.

Mattoni & Wille, Budapeszt.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. | Kraków 22. Czerwca 1895 r. | Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8. Telefonu Nr. 180.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 86.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 25 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

W sprawie przeszczepialności raka.

Podał

Doc. Dr. Aleksander Rosner,

I-szy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

W przypadku Fischera rak trzonu macicy przeszczepił się na tylną ścianę pochwy i w okolicę ujścia cewki. Zupełnie podobny przypadek opisują Wahn i Lebensbaum i Pfannenstiel. Autor ten zajmując się kwestyą t. zw. podwójnych raków macicy, zestawia jedenaście przypadków, w których obok raka szyi, rozwinął się rak trzonu i wyraża przekonanie, że przeszczepianie odgrywało tu główną rolę. Guelliot wspomina o pacyentce, u której obok pierwotnego ogniska raka pochwy wytworzyły się guzki tegoż nowotworu w pochwie i na sromie.

Podobnych do wymienionych obserwacyj klinicznych nie brak więc w literaturze, zebrane są one starannie w pracach Wintera, Fabrego i d'Anny.

Również sprawa raków, powstających przez dłuższe stykanie się nowotworu ze zdrową tkanką ma rozległą kazuistykę. Wspominam tylko o przypadkach Semona i Schattocka, Newmana i Benekego, w których rak przeniósł się przez zetknięcie na strunach głosowych. Dalej o przypadku Benekego (rak pierwotny żołądka, przeniesiony przez zetknięcie się na wątrobę); Fenwicka, gdzie przeszczepienie także przez zetknięcie nastąpiło w pęcherzu i znanym powszechnie przypadku Bergmanna, w którym obok pierwotnego raka wargi dolnej rozwinął się rak wargi górnej w miejscu, które przez trzy miesiące stykało się z nowotworem.

Nadto znane są w literaturze przypadki Zweifla (Winter) i Hamburgera, w których przeszczepienie to przez zetknięcie tyczyło się raka sromu niewieściego. W podobny sposób starano się tłómaczyć mnogie raki, występujące u jednej osoby. Do takich zaliczyć należy między innemi przypadek potrójnego raka na twarzy, podany na zjeździe chirurgów polskich przez Wehra. Czy tu jednak odgrywa rolę przeszczepialność, nie wiadomo a wywody prof. Browicza, który przypuszczeniu temu odmawia racyi, trafić muszą każdemu do przekonania.

Daleko więcej przekonywać muszą te przypadki, w których, jak w dwóch wyżej opisanych, nowe ognisko rakowe rozwija się w ranie zadanej podczas operacyi ogniska pierwotnego. I to zdarzenie opisane jest niejednokrotnie w literaturze; zdaje się jednak, że jest nieporównanie częstsze, niżby wynikało z ilości ogłoszonych przypadków. Widział i opisał je Tross, Nicaise, Czerny, Odebrecht i wielu innych. Przypadki te zestawione są starannie w pracy Wintera.

Tu rzeczywiście trudno nie przyjąć przeszczepialności; wszelkie inne sposoby tłómaczenia takiego pojawienia się raka w ranie są wielce nieprawdopodobne. Nadzwyczajnej uprzejmości prof. Pieniążka zawdzięczam, że mogę tu przytoczyć trzy przez niego obserwowane przypadki, w których rak wzrósł na błonie śluzowej tchawicy w miejscu ugniatanem przez koniec kaniuli u chorych z pierwotnym rakiem krtani. Prof. Pieniążek nie wyklucza możności implantacyi w tych przypadkach. Chociaż więc liczne spostrzeżenia kliniczne czynią przeszczepialność wielce prawdopodobną, to przecież do naukowego, ścisłego rozstrzygnięcia tej sprawy potrzeba było doświadczeń.

Badania doświadczalne, tyczące się sprawy przeszczepialności raka, datują się od zeszłego wieku. Pierwszy Peyrilhe (cyt. u Fabrea) wprowadził pod skórę psa trzy drachmy soku, wyciśniętego z raka sutka ludzkiego. Objawy,

jakie po tem doświadczeniu wystąpiły, przemawiają bardzo za ostrem, posokowatem zakażeniem. Podobnie, jak Peyrilhe z człowieka na zwierzę próbowali przenieść raka Dupuytren, Vogel, Valentin, Langenbeck, Lebert i Wyss, Hyvert, Follin i wielu innych, których prace zestawione i streszczone znajdzie czytelnik w monografii Fabrea. W ostatnich czasach donoszą o takich doświadczeniach Enrico d'Anna, Fische i Mayer. Z nowszych doświadczeń tego rodzaju żadne na pewne nie udało się, choć próbowano w sposób bardzo rozmaity przenieść raka ludzkiego na organizm zwierzęcy; bez względu na to, czy przeszczepiano pod skórę, do jam surowiczych, czy wprost do krwi, rak w ustroju zwierzęcym zanikał lub zwierzę ginęło z przyczyny nie mającej związku z naturą przeszczepionego cierpienia. Nawet jedno na pozór udałe doświadczenie Mayeta nie usuwa wszelkich wątpliwości. Z dawniejszych przytaczam powszechne doświadczenia Langenbecka (Hahn), Leberta i Wyssa, oraz Follina, jako udałe. Nie mogą one jednak mieć decydującego znaczenia, ponieważ odnoszą się, jak słusznie zwraca uwagę Hahn do czasów, w których histologia patologiczna nie stała na tym stopniu rozwoju, co dzisiaj. Jeżeli więc przenoszenie nowotworu z człowieka na zwierzę nie rozjaśniło kwestyi, to inny szereg doświadczeń a mianowicie przeszczepianie ze zwierzęcia na zwierzę, wykazało niezbicie, że rak nietylko da się przenieść u chorego indywiduum z miejsca na miejsce, ale nadto przyjąć się może i u indywiduum zdrowego. W zapale naukowym nie wahano się używać i ludzi do tych doświadczeń. Nie chcę wyliczać autorów, którzy doświadczenie na zwierzętach przeprowadzali na większą lub mniejszą skalę bez skutku; to pewna, że niewątpliwie pomyślne wyniki otrzymał nasz rodak Wehr, który nie zrażony szeregiem niepowodzeń badał tę kwestyą z zapałem i sumiennością i w r. 1889 demonstrował na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie nie dwuznaczny wynik pomyślny przeszczepienia raka na psie, dalej Hanau, który robił doświadczenia na białych szczurach, Eiselsberg i Morau, którego bardzo liczne i sumienne spostrzeżenia nietylko potwierdzają przeszczepialność raka, ale nadto rzucają bardzo ciekawe światło na kwestyę dziedziczności nowotworów i ich uogólniania się i poruszają wpływ urazu i ciąży na rozwój raka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

SERYA TRZECIA.

Hak od drzwi jako narzędzie operacyjne.

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz w Krakowie.

III.

Po niemiecku i z błędami wystosował chirurg N. N. pismo do prokuratoryi rządowej, że lekarz zamieszkały w tej samej miejscowości, wezwany do rodzącej na wieś kilka mil odległą, użył haka od drzwi jako narzędzia operacyjnego, poczem mimo wydobycia płodu podzielonego zmarła położnica na drugi dzień po zabiegu operacyjnym. Do pisma dołączył donosiciel hak od drzwi, który sobie umyślnie ze wsi przynieść kazał, w przekonaniu, że z powodu tego „błędu w sztuce“ rozpocznie się dochodzenie. Mąż zmarłej niewiasty przesłuchany sądownie, podał (dosłownie) co następuje:

„Moja żona Maryanna Ł. odbywała drugi poród w dniu 1. Listopada 1893 r. Pierwszy poród odbył się prawidłowo. Do drugiego porodu wezwałem 31. Października, kiedy bóle porodowe wystąpiły, babkę wiejską a gdy ta oświadczyła mi, że sama nie da rady, dodałem jej do pomocy drugą babkę również wiejską. Obie kobiety twierdziły, że poród jest ciężki i że trzeba kogoś mądrzejszego przywołać, pojechałem tedy do N. i wezwałem akuszerkę egzaminowaną nieznanego mi nazwiska. Akuszerka ta oświadczyła, że poród jest nieprawidłowy i że trzeba co prędzej wezwać lekarza, a na moje pytanie którego? odpowiedziała, katolika. To też we środę 1. Listopada sprowadziłem przed samym wieczorem doktora A., który zbadawszy chorą, oświadczył, że wypadek jest ciężki, wydalił mię z mieszkania a przy rodzącej zostały tylko babki wiejskie i akuszerka.

Jak mi te kobiety opowiadały, lekarz miał zażądać jakiego skrzywionego gwoździa lub haka; podano mu haczyk od drzwi, oczyszczony ze rdzy a ponieważ, jak mi kobiety opowiadały, zakładał kleszcze a kleszcze te mu skiełzały, pomagał sobie owym hakiem. Dziecko przy świetle wydobył lekarz z łona matki a jak mi mówiono, bo sam patrzeć nie mogłem, miał wydobyć dziecko kawałkami. Chora następnego dnia t. j. 2. Listopada po północy umarła. Lekarzowi za ową wizytę i operacyę nic nie zapłaciłem i ten nic nie żądał; litując się nad moją żoną, głaskał ją po twarzy, mówiąc: „młoda jesteś, młoda, dałbym z pół tysiąca, żebyś się obaczyła“. W jakiś czas później mój sąsiad J. P. chodził z chłopcem do lekarza N. po świadectwo. Przy tej sposobności żydowski lekarz badał go, kiedy i po co był doktor A. we wsi. P. mu opowiedział o mojem nieszczęściu; żydowski lekarz kazał mu aby mię zawezwał do niego. Wtedy wypytywał mnie ów żydowski lekarz o wszystko i powiedział, że mię to nic nie będzie kosztować i że nie potrzebuję nic płacić doktorowi. Co ów żydowski lekarz miał na myśli, tego nie wiem, ja mu skarżyć nie kazałem. Nadmieniam, że haczyk okazany mi obecnie, ów żydowski lekarz kazał mi przynieść a gdy mu pokazałem, powiedział mi, że nie takim haczkiem powinien doktor wydobywać dziecko i pokazał mi swoje kleszcze. Ja naturalnie, o ile pojmuję i wedle tego, co mi żydowski lekarz powiedział, uważam, że doktor nie powinien był dziecka z łona matki wydobywać. Wreszcie cały stan nieboszczki żony mojej wskazywał na ciężki poród, bo wiejskie babki i akuszerka porodu umożliwić nie mogły. Na przypadek, gdyby się okazało, że w zejściu śmiertelnem żony jakąkolwiek winę doktor ponosi, policzenie szkody na później sobie zastrzegam i do postępowania karnego się nie przyłączam“.

Przesłuchany sądownie chirurg N. N. podał:

„Z końcem Listopada zgłosił się do mnie P. z chłopcem celem uzyskania świadectwa lekarskiego. Przy tej sposobności opowiedział mi o zajściu przy porodzie w domu Ł. mianowicie, że przywołano doktora A. a ten miał zażądać zwykłego haka od drzwi, którym po kawałku płód z łona matki wydobywał. Zaraz powiedziałem, że to jest niemożebne, gdy zaś P. stanowczo to utrzymywał, zażądałem aby mi owego Ł. sprowadził. Rzeczywiście w dniu 1. Grudnia P. z Ł. przyszli do mnie. Ł. to samo mi powtórzył, na co ja im swoje narzędzia okazałem a ci oświadczyli, że doktor takich narzędzi nie miał. Ponieważ opowieść ta wskazuje na błąd sztuki lekarskiej a ja sądzę, że jako lekarz wszelkim takim nadużyciom zapobiegać powinienem, przeto też okazane mi doniesienie do c. k. Prokuratoryi wniosłem przy przesłaniu owego haka, przez Ł. mi wręczonego. Do doniesienia tego tem więcej czułem się zniewolony, że mi Ł. oświadczył, że żona jego zaraz drugiego dnia życie skończyła. Z dokto-

rem A. „wcale nie żyję a pochodzi to ztąd, że Dr. A. żywi do mnie jakaś nieuzasadnioną nienawiść i ciągle mnie prześladuje".

Jan P. podał: „Przed dwoma tygodniami byłem w N. u lekarza żydowskiego po świadectwo lekarskie a ten przy tej sposobności pytał się mnie, czy i jaki doktor był we wsi? Na to odpowiedziałem mu, że był u Ł. przy porodzie, gdzie babki wiejskie rady dać nie mogły a akuszerka z miasta powiedziała, że doktora wezwać należy. Ł. pojechał według wskazówki akuszerki po lekarza katolika. Jak mi babki opowiadały, żądał ten lekarz naprzód drutu do operacyi a więc mojem zdaniem, nie miał wszystkich instrumentów, gdy babki drutu dać nie mogły, zażądał haka od drzwi, hak ten kazał oczyścić i przy pomocy jego miał dziecko wydobyć w kawałkach i rzeczywiście po odjeździe lekarza widziałem kawałki z dziecięcia. Gdy to opowiedziałem żydowskiemu lekarzowi, kazał mi tenże przyjść z mężem zmarłej Ł. i przynieść hak, mówiąc, że będzie skarżył doktora do wyższego sadu. W rzeczy samej, dnia 1. Grudnia byłem z Ł. u lekarza, który mówił, że doktor źle zrobił, że go będzie skarżył, wziął nas do sądu a ze sądu znów do domu, gdzie sobie coś pisał".

Jan K. był obecny u lekarza B. w czasie gdy się doń zgłaszali P. z Ł., lekarz pokazał mi ten hak i powiedział: „jakie piękne instrumenta" porównywając swoje ze szafy wyjęte i mówił, że takie mają być instrumenta. Co to wszystko miało znaczyć nie wiem, ale słyszałem, że podobno lekarz B. z doktorem A. nie pozostaje w najlepszej zgodzie.

W skutek doniesienia na wstępie streszczonego zarządzono sekcyę zwłok Maryi Ł. i płodu, którą dnia 9. Grudnia wykonali dwaj umyślnie w tym celu zdala wezwani lekarze sadowi. Po dokonaniu ekshumacyi zwłok i stwierdzeniu ich tożsamości, spisano następującej treści

Protokół sekcyi Maryi Ł.

1) Zwłoki niewiasty ubrane w strój świąteczny wieśniaczek okazują się w skutek zmian gnilnych tak zmienione, iż o rozpoznaniu wieku z samego wejrzenia i o rozróżnieniu rysów twarzy mowy zgoła być nie może.

2) Po zdjęciu ubrań, od strony tylnej przesiąkłych obficie cieczą gnilną, z przodu wilgotnych, przedstawia się skóra zwłok prawie wszędzie ciemno-zielonawa, przyskórek złazi miejscami w postaci dużych płatów wraz z częściami ubrań. Jedynie podudzia, nogi i ręce okazują przyskórek pomarszczony i białawy, jakby wymokły, który z rąk i nóg można zdjąć wraz z paznogciami bez żadnej trudności.

3) Włosy ciemno blond, gęste, długie, schodzą od tyłu miejscami z przyskórkiem. Twarz zwłok okryta pierwotnie w trumnie kawałkiem organtyny, przedstawia się pokryta cienką warstewką białej pleśni wiotkiej, która na częściach wyniosłych twarzy przedstawia umiarowe odbicie organtyny.

4) Oczodoły zapadłe, po rozchyleniu powiek spostrzega się w głębi resztki rozmiękłych gałek ocznych, z ust i nosa sączy się przy odwracaniu zwłok ciecz ciemno-brunatnawa cuchnąca.

5) Na grzbiecie zwłok i po bokach klatki piersiowej wzniesione pęcherze przyskórkowe, wypełnione cieczą brunatną, mętną, miejscami miazdra skórna obnażona, brunatno nasiąkła, oślizła.

6) Sutki dosyć duże na wąskich podstawach, za uciskiem wydobywa się ciecz gęsta szarawo biała.

7) Brzuch wzdęty dosyć znacznie, na powłokach pomimo zmian gnilnych rozróżnić można rozstępy w miejscach gdzie przyskórek jest jeszcze utrzymany. Na częściach płciowych zewnętrznych ani na odnogach nie spostrzega się nic uderzającego, nie ma również nigdzie nieprawidłowej ruchomości w układzie kostnym.

Oględziny wewnętrzne.

8) Oprócz nasiąknięcia ciemno-brunatnego, zwłaszcza od tyłu, nic widać na miękkich powłokach czaszki żadnych zmian. Sklepienie czaszki symetryczne, nieuszkodzone.

9) Opony mózgowe zielonawe, twarda opona po wewnętrznej stronie gładka, po jej uchyleniu można jeszcze rozróżnić zwoje mózgowe, jednak zabarwienie nader miękkiego mózgu jest wszędzie blado-zielonawe. Po wyjęciu mózgu, przyczem istota jego się rozłazi, nie zauważa się na podstawie a mianowicie ani na oponach podstawy ani po ich usunięciu na kostnej podstawie nic nieprawidłowego.

10) Zęby w obu szczękach dobrze utrzymane. Język i błona śluzowa jamy ust nie przedstawiają oprócz nasiąknięcia ciemno-zielonawego żadnych zresztą zmian; taki sam stan spostrzega się na błonach śluzowych krtani i tchawicy.

11) Serce nader wiotkie, prawidłowych rozmiarów, mięsień sercowy jeszcze względnie dobrze utrzymany, w komórkach a zwłaszcza w przedsionkach znajdują się wprawdzie miękkie, lecz jeszcze dobrze rozróżnić się dające skrzepy, częściowo odbarwione. W budowie zastawek i w tętnicach wielkich nie ma zmian.

12) Oba płuca wolne, w jamach opłucnowych około 100 do 150 grm. cieczy ciemno-wiśniowej. Opłucne wszędzie gładkie, miąższ płuc na rozkroju wszędzie powietrzny, lekki, przy rozkrawaniu trzeszczy, za naciskiem zalewa się mierną ilością pienistej cieczy. Opłucna w kilku miejscach wzniesiona w postaci pęcherzy.

13) Wątroba czyni wrażenie narządu powiększonego w skutek wzniesienia torebki przez gazy gnilne, które po nacięciu wydobywają się z miąższu żółtawo-zielonawego wraz z cieczą brunatnawa pienistą.

14) Śledziona nader miękka, przedstawia na rozkroju stan taki sam, jak wątroba.

15) Żołądek zawiera nieco cieczy ciemno-żółtawej, błona śluzowa wzniesiona w postaci pęcherzyków, trzeszczy przy dotykaniu, nie przedstawia oprócz żółtawego nasiąknięcia nic uderzającego.

16) U dołu jamy brzusznej wznosi się z miednicy małej macica rozmiarów głowy dziecka. Otrzewna pokrywająca tak macicę jakoteż wszystkie narządy przyległe a mianowicie więzy, pętle jelit a nawet otrzewna ścienna na rozległej przestrzeni okazuje się pokryta warstwą wybitną, miejscami grubości 1 mm. masy włóknikowej kruchej, jednak dosyć łatwo zeskrobać się dającej, pod którą otrzewna jest bez połysku i niegładka. Nawet odleglejsze pętle jelit i sieć okazują podobne zmiany na otrzewny i są pozlepiane masą włóknikową a po odchyleniu jelit spostrzega się w jamie brzusznej po bokach i w miednicy małej, zwłaszcza po stronie lewej nagromadzenie się cieczy gęstawej, brunatnawej.

17) Bliższe badanie macicy i jej otoczenia wykazuje po stronie lewej i z przodu, w miejscu odpowiadającem szyi narządu otwór podłużny, zajmujący szyję i górną część pochwy, przez który pięść w głąb swobodnie wprowadzić można. Brzegi otworu są strzępiaste, rozmiękłe i brudno zielonawo nasiąkłe.

18) Po wycięciu macicy wraz z pęcherzem i resztą narządów miednicy i po rozcięciu ich w sposób zwykły, nie spostrzeżono w pęcherzu żadnej treści. Jama macicy próżna, jej wewnętrzna powierzchnia nierówna zwłaszcza odpowiednio tylnej ścianie, jednostajnie brunatnawo wiśniowo nasiąkła, resztek łożyska ani błon nie ma w jamie macicy. Otwór w szyi macicy nie zachodzi wcale na trzon narządu, lecz ku dołowi zajmuje także górną część pochwy obszernej, której reszta ścian nie przedstawia się nigdzie zresztą uszkodzoną. Grubość ścian macicy w trzonie wynosi $1^1/_2$—2 cm., szyja tak w miejscu rozdarcia jakoteż w innych, okazuje ściany cienkie, grubości zaledwie gdzieniegdzie do 3 mm. Odbytnica zwłaszcza w swej górnej części zawiera grudki zbitego kału, błona śluzowa tej części jelita oprócz barwikowego nasiąknięcia nie przedstawia żadnych zmian.

19) Nerki rozmiarów prawidłowych, torebki schodzą łatwo, miąższ jednostajnie ciemno zielono nasiąkły nie przedstawia zresztą nic uwagi godnego.

20) Jelita tak cienkie jakoteż grube zawierają kał częścią zbity, częścią płynny, obficie żółcią zabarwiony. Błona śluzowa bez zmian chorobowych.

21) Po wyjęciu trzew przekonano się, że żebra ani kręgosłup nie są nigdzie uszkodzone. Miednica a mianowicie jej wejście po usunięciu narządów przedstawia się zupełnie symetrycznie; wymiary wchodu: *Conjugata vera* 11 cm., wymiar poprzeczny 12 cm. Badanie wychodu miednicy nie wykazuje zwężenia, o ile to bez preparowania części miękkich ocenić można.

22) Kości kończyn nie okazują się nigdzie uszkodzonemi a liczne nacięcia w głąb mięśni grzbietu, tułowia i kończyn nie wykazują żadnych zmian uwagi godnych oprócz gnilnych, odpowiednio do ogólnego wejrzenia i stanu zwłok.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,
sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

C. Pleśnie i drożdże.

a) *Penicillium.* b) *Cladosporium.*

c) *Oospora Guignardi.* Kolonia pod mikroskopem podobna do kupy włosów. W hodowli kłutej widać na powierzchni i wzdłuż przewodu wkłucia pojedyncze kolonie zwykle po 2. Po dłuższym czasie rozrzedza żelatynę, tworząc na powierzchni gruby, twardy, barwy białej kożuszek, ze sporów złożony. Na agarze cukrowym silniej się rozwija niż na zwykłym tworząc z początku punkciki, trudno zdjąć się dające, później powiększając się, okazują budowę promienistą; kolonie są tak twarde, że trudno bardzo rozetrzeć je na szkiełku.

d) Pleśnie i drożdże opisane po raz pierwszy przez prof. Bujwida, o których zachowaniu się względem cukru wspomniałem w pracy mojej p. t. O higienicznej wartości wody studziennej pawilonu chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza *Przegląd lekarski* z r. b. Nr. 6. i 7.

e) Drożdże czerwone.

Z powyższego wynika, że powietrze w oddziale chorób zakaźnych nietylko zawiera za wielką ilość bakteryj, ale zarazem między temi bakteryami są takie, które są znane jako chorobotwócze. Jednakowoż, jak podane powyżej przezemnie cyfry wyraźnie pouczają, jest w mocy lekarza, jeśli niezupełnie, to częściowo oczyścić powietrze a tym sposobem uczynić je mniej zaraźliwem.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że powietrze zamknięte a zatem otaczające chorego, jest przenośnikiem chorób zakaźnych. Że tak jest, zatem przemawiają doświadczenia S. Haeglera w klinice Socina. Znalazł on w powietrzu wiele bakteryj chorobotwórczych, jak *staphylococcus, streptococcus pyogenes tetragonus* i *prodigiosus* i wykazał, że chorobotwórcze dostają się do powietrza po wysuszeniu ropy i że paciorkowce jeszcze po 14 do 36 dniach a gronkowce jeszcze po dłuższym czasie były zdolne do rozwoju.

Zakażenie zatem może przez powietrze nastąpić pomimo, że w powietrzu bakterye utracają coś ze swej jadowitości.

Porównywając powietrze oddziału zakaźnego z powietrzem innych oddziałów:

Sale gruźlicze:

Oddział I. lit. B. mężczyzn, po zamiataniu 2 godziny 101 bakt. 3 pleśnie,
„ „ „ kobiet, po zamiataniu 2 godz. 100 bakt. 1 pleśń,
Oddział I. lit. A. mężczyzn, po zamiataniu 2 godz. 98 bakt. 4 pleśnie,
„ „ „ kobiet, po zamiataniu 2 godz. 104 bakt. 3 pleśnie.

Oddział II. chirurgiczny mężczyzn, po zamiataniu 2 godz. 93 bakt. 2 pleśnie,
„ „ kobiet, po zamiataniu 2 godz. 87 bakt. 3 pleśnie,
„ sala operacyjna podłoga wilgotna, skropiona antyseptykami, 53 bakt. 2 pleśnie,
„ sala laparotomijna, mało się operuje, 15 bakt. 1 pleśń;

dochodzimy do przekonania, że powietrze w tych oddziałach pomimo odpowiedniej ilości powietrza, światła i stósownej wentylacyi prawie niczem się nie różni od powietrza oddziału chorób zakaźnych i niewątpliwie przy bliższem badaniu znaleśćby można te same chorobotwórcze bakterye, które się znachodzą w powietrzu oddziału zakaźnego. Zatem powietrze w innych oddziałach jest również zanieczyszczonem, najgorsze powietrze jest na sali przyjęcia, gdzie w przeciągu 5 minut spadło na płytkę 205 bakteryj i 6 pleśni. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę nadmierną liczbę chorych, która szuka pomocy lekarskiej w szpitalu, w którym prawie zawsze jest w skutek tego przepełnienie, to powietrze w salach szpitalnych, pomimo wszelkich zabiegów higienicznych, lepszem być nie może, zwłaszcza, że nawet w lepszych mieszkaniach prywatnych, w których stosunkowo jest mało osób, powietrze nie zawsze bywa czyste.

U jednego lekarza, mającego dość rozległą praktykę, znalazłem w poczekalni powietrze bardzo zanieczyszczone do 120 bakteryj na płytce a w pokoju ordynacyjnym powietrze było niezupełnie czyste. W salonie dość obszernym, w którym się zebrało 15 do 16 osób, niespostrzeżenie nastawiłem płytkę i w przeciągu 5 minut spadło 58 bakteryj. A cóż dopiero mówić o salach szpitalnych! Tu, stosunkowo jest mała ilość bakteryj.

Właściwe powietrze zakaźne jest w miejscowościach takich, gdzie przebywa najniższa warstwa społeczeństwa. Na uwagę pod tym względem zasługują mieszkania stróżów na Kaźmierzu, mieszkania ubogich rzemieślników i wyrobników, szynki i rozmaite zaułki, w których się schodzą żebracy, przybłędy i wyrzutki społeczeństwa.

Co do mieszkań stróżów na Kaźmierzu, dotychczas w dzielnicy tej prawie nigdzie stróż nie ma odpowiedniego mieszkania a brak światła, ciepła i powietrza, dotkliwie im się uczuć daje. Powietrze w kilku takich mieszkaniach badane dało następujące wyniki:

1) ulica Szeroka l. 27. osób 16, 600 bakt. 7 pleśni.
2) ulica św. Wawrzyńca l. 16. osób 14, 800 bakt. 9 pleśni.

3) ulica Krakowska l. 25, 427 bakt. 7 pleśni.
4) ulica Krakowska l. 29, 600 bakt. 8 pleśni.
5) Wolnica l. 3, 450 bakt. 4 pleśnie.
6) Wolnica l. 5, 584 bakt. 6 pleśni i t. d.

Mieszkania stróżów są tak szczupłe, że trzebaby je raczej nazwać komórkami. Tu mieszka nietylko rodzina stróża, ale tu jest także schronisko dla wszelkich sług bez obowiązku pozostających i włóczących się, tu jest miejsce tajnej prostytucyi. Nic dziwnego, że powietrze u nich jest tak mocno zanieczyszczone. Tu zdarzały się często przypadki cholery.

Podobne wyniki bakteryologiczne otrzymałem z mieszkań biednych rzemieślników i wyrobników:
ulica Szeroka l. 27, 5 rodzin 725 bakt. 5 pleśni,
ulica św. Wawrzyńca l. 16, 800 bakt. 7 pleśni i t. d.

Że w takich mieszkaniach nietylko cholera się rozszerza, ale i inne choroby zakaźne, nic dziwnego. W małej, niskiej izdebce, w której się ledwie wyprostować można, mieszka, pracuje i sypia cała rodzina, złożona z 6—8 osób, nadto czasem czeladnik i chłopiec do pomocy. Większa izba ścianami z desek jest przedzielona na kilka mniejszych tak, że w jednej izbie mieszka czasem i 6 rodzin. Jeżeli przytem weźmiemy w rachubę łachmany i szmaty, niechlujstwo i brud, bo gdzież wobec takich stósunków pomyśleć można o czystości, to mamy pojęcie o mieszkaniach „u siebie“ tych biednych ludzi. Okazują oni wybitne objawy niedostatecznego odżywiania a bieda i nędza pchają ich do nałogowego pijaństwa. Położenie warstwy tej pracującej staje się tem okropniejszem, gdy skutkiem chorób zostaje pozbawioną zarobkowania a tem samem wszelkich środków opieki własnej. Wtedy utracają ludzie ci siłę woli, ulegają coraz większemu zaniedbaniu i szukają w końcu przytułku w szynkach i rozmaitych zaułkach. Tu w bliskości siebie śpią i starzy i młodzi i dorośli i mali, kobiety i mężczyźni! Tu o życiu rodzinnem mowy być nie może, tu wszelka moralność ustaje, tu są ogniska nietylko chorób zakaźnych, ale zakażenia daleko gorszego, bezwstydu, tu jest główne źródło prostytucyi, zbrodni i występków. Kilka cyfer z takich miejsc będzie dostatecznie pouczającem:

1) Szynk ulica Szeroka 36, 430 bakt. 8 pleśni.
2) Szynk ulica Krakowska 33, 507 bakt. 5 pleśni.
3) Szynk Wolnica 7, 416 bakt. 6 pleśni.
4) Zaułek ulica Józefa 33, osób do 40 rozmaitej płci i wieku, 968 bakt. 11 pleśni.
5) Szynk w Podgórzu (noclegi) ulica Lwowska, 745 bakt. 9 pleśni i t. d.

Najwięcej zbierają się w takich miejscowościach w zimie, gdzie nierozebrani i nieprzykryci sypiają na wilgotnej, śmierdzącej mierzwie, obok siebie gęsto ścieśnieni, albo na ławie, na stole lub pod stołem, stósownie do tego, czy płaci 3—4 lub 5 centów za nocleg; w lecie zaś szukają noclegu według ich wyrażenia się „na lufcie“ (mają bowiem ze względów policyjnych swoje osobne wyrażenia n. p.: pajęczyna = koszula, binios = facet, binioska = facetka, filować = całować, szwandrawać = milczeć i t. d.) t. j. pod gołem niebem.

Na uwagę zasługuje przytulisko Brata Alberta. Tu wprawdzie znalazłem powietrze bardzo zanieczyszczone, bo w przeciągu 5 minut 305 bakteryj i 4 pleśnie w sali, która niedawno była przewietrzoną a podłoga jej mytą, wprawdzie tutaj dość często występują choroby zakaźne n. p. w ostatnich czasach było 7 przypadków duru osutkowego, to jednak cel i dążności tej instytucyi są wzniosłe. Albowiem ubodzy bez dachu pozostający nietylko znajdują tu noclegi, ale także i zatrudnienie. W przytulisku tem znajduje się stolarnia, tokarnia a bracia stósownie do uzdolnienia i wieku dają możność tym ludziom do zarobkowania a tem samem do podniesienia się z nędzy.

Podobnie rzecz się ma i z zakładem żeńskim. Żałować tylko należy, że instytucya ta tak mało doznaje poparcia ze strony publiczności.

Kwestya zatem robotników należy do najważniejszych kwestyj socyalnych. Tu na nic się zdadzą teorye Malthusa, Marza, Lasalla, ale pomoc czynna, taka, któraby podniosła godność osobistą robotnika. Pod tym względem w Niemczech, Holandyi, Belgii i t. d., gdzie sprawa ta przybrała ogromne rozmiary, wiele robią przez wybudowanie domów dla robotników. Zważywszy, że u nas robotnik płaci średnio czynszu miesięcznego 5 złr. a zatem 60 złr. rocznie, to przez wybudowanie domu dla 4—6 rodzin wartości 4000 złr. (co jest za drogie, bo za 5000 marek w Monachium takie domy budują), rodzina taka byłaby w możności w stosunkowo dość krótkim czasie stać się współwłaścicielem tegoż domu, zwłaszcza gdyby takowy przez 15—20 lat był uwolniony od wszelkich podatków. Naturalnie, że domy takie mogłyby być za rogatką, zwłaszcza, że miasto nie jest jeszcze tak duże. Budową takich domów zajmują się w Niemczech osobne przedsiębiorstwa humanitarne, które się zadowalniają 1 lub 2% od kapitału, albo gmina sama udziela pożyczki na ten cel, albo też sam chlebodawca buduje, przyczem doznaje poparcia od rządu. Byłoby do życzenia, by i u nas do czegoś podobnego przyszło, bo jedynie tylko w ten sposób może powstać u robotników zamiłowanie do życia rodzinnego i wstrzemięźliwość od napojów wyskokowych a tem samem ich przyzwyczaić do oszczędności, pilności i samodzielności.

IV. Z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pierwotna gruźlica błony śluzowej nosa.

Napisał
Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Rokowanie ze względu na nawroty tej choroby nie może być nigdy zupełnie pewnem, choć nie ulega wątpliwości, iż choroba ta da się usunąć doszczętnie. Czy zaś obecność ogniska gruźliczego w postaci *tuberculoma*, jak wyżej wspomniałem, może być punktem wyjścia dla gruźlicy w innym narzadzie, względnie gruźlicy ogólnej, brak nam dotychczas odpowiednich spostrzeżeń. Profesor Pieniążek opowiedział mi łaskawie, jeden przypadek ze swej praktyki prywatnej, gdzie u chorego, zresztą zupełnie zdrowego, znalazł owrzodzenia w nosie, których przyczyna nie była mu jasną, choć przez wykluczenie w uwzględnieniu obciążenia dziedzicznego chorego, podejrzywano gruźlicę. Dalsze losy tego chorego, dopiero w kilka lat później, potwierdziły początkowe domysły; chory uległ w końcu zmianom gruźliczym w innych narządach.

Leczenie musi być doszczętnem; drogą krwawą, nożem, względnie ostrą łyżeczką, usunąć musimy wszystkie części

zajęte, poznając je po ich zbitości i krwawieniu łatwem, następnie resztki kwasem mlekowym, względnie galwanokauterem przypalając, osiągnąć możemy zupełne wygojenie się sprawy chorobowej. Występują wprawdzie nawroty choroby, ale i te wcześnie usuwane, przecież w końcu doprowadzić mogą do wygojenia sprawy. Oszczędzanie przy zabiegach przegrody nosowej nie ma racyi, gdyż przy obustronnem zajęciu przegrody i tak chrząstka uległa zniszczeniu, prędzej więc czy później musi przyjść do przedziurawienia przegrody a i przy jednostronnej zmianie nawet energiczne leczenie uchroni nas rzadko od uszkodzenia ochrzęstnej, tak iż zawsze przyjdzie do przebicia przegrody, które jednak ze względu na lokalizacyę swą w części chrząstkowej przegrody nosowej, nie grozi zapadnięciem się nosa.

Wspominając tu o przebiciu przegrody nosowej, dodać muszę, iż nieraz badając chorego, znajdziemy już przebicie o brzegach podgojonych lub owrzodziałych, z wybujałemi granulacyami dokoła, co bardzo zbliża obraz chorobowy do przedziurawienia z powodu kilaka, przeto wywiady, obok wejrzenia owrzodzeń i granulacyi naprowadzą nas na rozpoznanie. Dodatkowo wspomnę, mówiąc o przebiciu przegrody nosowej, o tak zwanym *ulcus perforans septi*, cierpieniu, którego nie uznają wszyscy, mającemu powstać wskutek często powtarzających się krwotoków nosowych, lokalizujących się, jak wiemy, na przegrodzie chrzestnej nosa. Przychodzi tu do miejscowego zakażenia, powstaje wrzód, następnie zapalenie ochrzęstny, wreszcie obumarcie chrząstki tak, iż przychodzi do przebicia przegrody a w końcu do samoistnego wygojenia się sprawy. Nie brak w najnowszej literaturze ścisłych obserwacyi, przemawiających za możnością powstania przebicia przegrody nosowej w ten sposób (Weichselbaum [10]), Zuckerkandl [11]), Voltolini [12]), Rossbach [13]), Hajek [14]) i [15]), ale przechodząc do powstałego już przebicia przegrody z zupełnem wygojeniem brzegów bez świeżych objawów chorobowych na innych miejscach błony śluzowej nosa widzimy, iż nasuwa nam się mimowoli pytanie co do przyczyny przebicia przegrody. W pierwszym rzędzie wykluczyć musimy kiłę, co gdy ubytek przechodzi i na część kostną przegrody, w sąsiedztwie znajdują się blizny promieniste a nadto mamy blizny na innych częściach błony śluzowej, względnie na skórze, obok wywiadów pozwoli nam poznać przyczyny przebicia. Zostałoby tedy przebicie z powodu *tuberculoma*, wskutek zabiegów chirurgicznych, celem usunięcia skrzywienia przegrody nosowej *(deviatio septi)*, dalej po przebyciu zapalenia ochrzęstnej przegrody nosowej, wreszcie po wygojonym *ulcus perforans septi*; to ostatnie odznaczać się ma regularnymi swymi brzegami, zupełnie jednak podobnie może wyglądać przebicie sztuczne, tu tedy wywiady nam pomogą, nie odróżnią nam jednak przebicia po *ulcus perforans* od przebicia po zapaleniu ochrzęstnej przegrody, które i tak jest w obu razach. Przypadki te więc pozostaną nierostrzygnięte; niemniej trudno nam będzie w przypadkach czystego *tuberculoma septi*, w braku odpowiednich wywiadów, poznać przyczyny przebicia przegrody nosowej, w innych razach wywiady, wskazujące przewłoczność sprawy chorobowej, po wykluczeniu kiły, ułatwią nam rozpoznanie. Ze względu przeto na pewne wywiady w przypadku sztucznego przebicia a nadzwyczaj rzadkie przypadki zapalenia samoistnego ochrzęstnej i *ulcus perforans septi*, rozpoznanie natury przebicia przegrody nosowej wahać się będzie tylko między kiłą a gruźlicą tak, że wyjątkowo chyba przyczyny przebicia przegrody nosowej rozpoznać nie bylibyśmy w możności.

[10]) Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Allg. Wiener med. Zeitung. 1882.

[11]) Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischer Anhänge. Wien 1893.

[12]) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. 1888.

[13]) Ueber Ulcus rotundum septi cartilaginosi. Correspondenzblatt des allgem. artzl. Vereines von Thüringen. 1889.

[14]) Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Virch. Archiv. 1890. Z. CXX.

[15]) Ulcus perforans septi nasi und habituelle Nasenblutung. Internat. klin. Rundschau. 1892.

Pokrótce przytoczę historye chorób, spostrzeganych przez nas przypadków, z których dwa pierwsze leczono ambulatoryjnie, trzeci zaś przyjęliśmy do swego oddziału. Wszystkie trzy przypadki tyczyły się kobiet, z których najmłodsza miała lat 14, najstarsza zaś 40.

Dnia 12. Maja 1894. zgłosiła się do naszego ambulatoryum Anna F., lat 40, służąca z Krakowa, skarżąc się na zupełne zatkanie nosa po stronie prawej, trwające od kilku lat; w ostatnich tygodniach dostrzegła bolesność na brzegu otworu nozdrza prawego, gdzie po niejakim czasie powstało owrzodzenie. Krwawienia z nosa chora nigdy nie miała, nie kaszle, pochodzi ze zdrowych rodziców.

Twarz chorej nalana, w okolicy podszczękowej macalne gruczoły.

Badając nos widzimy na granicy skórnej w kącie górnym między skrzydłem nosowym a przegrodą po stronie prawej strupek, po oddzieleniu którego ukazuje się wrzód o dnie nierównem a brzegach nacieklych. W głębi nosa po stronie prawej na przegrodzie nosowej widać guz, znacznych rozmiarów, guz o powierzchni nierównej, nie owrzodziałej, pokryty błoną śluzową żółtawo-bladą; guz ten przytyka wprost do ściany bocznej nosa tak, iż małżowin dojrzeć nie można, niemniej tylnej granicy guza. Przy badaniu zgłębnikiem, guz okazuje zbitość elastyczną, krwawi jednak za dotknięciem; w głębi guza czuć przegrodę chrzęstną. Tylna granica guza daje się oznaczyć dokładnie, nie przechodzi przegrody chrzęstnej. Po stronie lewej stosunki zupełnie prawidłowe. W płucach zmian nie ma żadnych. Na innych częściach błon śluzowych górnych dróg oddechowych, jak i na skórze nic nieprawidłowego.

Powłoki skórne należy badać w każdym przypadku, gdyż w wątpliwych razach może to być pomocnem w rozpoznaniu.

Ostrą łyżeczką wyskrobano dno wspomnianego wrzodu, po pomazaniu zaś wnętrza jamy nosowej 20% kokainą, usunięto nożem guz w całości; następnie resztki usuwano łyżeczką, tamponując za każdym razem jamę nosową gazą jodoformową. Chrząstka przegrody w jednem miejscu wypadła, pozostawiając po sobie otwór wielkości grochu. Gdy zagoiła się powierzchnia ranna, zaprzestano tamponowania nosa i z dniem tym chora przestała przychodzić do naszego ambulatoryum, tak, że o dalszych losach tej chorej, która przeszło miesiąc pozostawała w leczeniu, nie wiemy. Do dziś dnia jednak a już rok minął od pierwszego widzenia chorej, nie widzieliśmy jej.

Drugi przypadek zgłosił się do nas 22. Czerwca 1894.; dotyczy on Wiktoryi Ś., lat 14 liczącej, z Balic pod Krakowem. Chora skarży się na obustronne, stałe zatkanie nosa, trwające od roku przeszło, w ostatnich zaś czasach dostrzegła często krwawienie z nosa po stronie lewej. Nie kaszle, pochodzi ze zdrowych rodziców i ma cały szereg zupełnie zdrowego rodzeństwa.

Nos zewnętrzny w dolnej swej części rozszerzony, zgrubiały, na szyi znacznie powiększone gruczoły, cera skóry na twarzy rumiana. Po stronie prawej na przegrodzie nosowej widać guz wielkości grosza, o powierzchni dość gładkiej, za-

czerwienionej, nie owrzodziałej, przytykający do małżowiny dolnej; guz nie przechodzi granicy przegrody chrząstkowej. Po stronie lewej widzimy guz podobny, na szczycie jego owrzodzenie wielkości grochu, o brzegach nacieklych, pokryte wydzieliną żółtawą. Zgłębnik wprowadzony w miejsce wrzodu bez oporu przechodzi w głąb guza a w końcu na powierzchnię guza po stronie prawej; chrząstka więc w tym przypadku była już zniszczona i zastąpiona przez granulacye tkanki gruźliczej. W płucach zmian żadnych, nie mniej na skórze.

Po znieczuleniu 20% kokainą wycięto kolisty otwór w przegrodzie chrzęstnej, starając się przejść granicę, zajętą zmianami chorobowemi; następnie przez dłuższy czas usuwano resztki tkanki granulacyjnej łyżeczką a w końcu przy znieczuleniu za każdym razem kokainą, stosowano do kauteryzacyi zgęszczonego kwasu mlekowego, uzyskawszy częściowe wygojenie się sprawy. Chora też przestała przychodzić, w jesieni jednak zgłosiła się znowu, skarżąc się ponownie na utrudnienie oddechania przez nos. Znaleziono nowo wybujałe granulacye na tylnej granicy otworu w przegrodzie, które usunięto w odpowiedni sposób. Trzeci raz po dłuższej przerwie przyszła do nas chora już tego roku z końcem Lutego. Oprócz granulacyj na tylnej granicy otworu w przegrodzie, mieliśmy nadto podobne granulacye po obu stronach na przednim końcu małżowiny dolnej, na początku dna jam nosowych, a nadto po stronie prawej na granicy skóry skrzydła nosa i dna nosa owrzodzenie wielkości grochu. Zmiany usunięto częścią nożem, częścią łyżeczką, dalej przypalano przez dłuższy czas zgęszczonym kwasem mlekowym a w końcu resztki po stronie lewej na przegrodzie nosowej usunięto galwanokauterem. Dnia 9. Czerwca 1895., w dwa miesiące po ostatnich zabiegach, mieliśmy sposobność przekonać się o wyleczeniu chorej; czy jednak nie przyjdzie tu do powrotu choroby, tego przewidzieć nie możemy. Nadzwyczaj długi czas leczenia częściowo miał przyczynę w znacznym oporze ze strony chorej, u której nigdy nie można było zmiany usunąć doszczętnie.

Trzeci przypadek przyjęty został do naszego oddziału dnia 19. Stycznia 1895.; dotyczy on Anny R., lat 24 liczącej z Klin-Zakamene w powiecie orawskim na Węgrzech. Od dwóch lat skarży się chora na utrudnienie oddechania przez nos, które w ostatnich miesiącach stało się zupełnie nie możliwe; krwawienia z nosa chora nigdy nie miała. Zamężna od lat 4., miała jedno dziecię zdrowe, sama również nigdy nie chorowała, nie kaszle. Twarz chorej o wejrzeniu zupełnie zdrowem, gruczoły na szyi nie powiększone.

Nos zewnętrzny w częściach swych miękkich rozszerzony. Na przegrodzie nosowej z samego przodu widzimy otwór wielkości grochu; tylną granicę tegoż otworu tworzą wybujałe granulacye, nie owrzodziałe, tu i ówdzie pokryte zaschłą wydzieliną; granulacye tę obustronne, tworzą guz wielkości wiśni, przytykający bezpośrednio do małżowin. Na przednich końcach małżowin dolnych widzimy podobne granulacye, jak i na przegrodzie nosowej, tylko więcej płaskie, również nie owrzodziałe, za dotknięciem zgłębnikiem broczące. Granicy tylnej tego guza na przegrodzie nosowej, względnie owych granulacyj na małżowinach dojrzeć nie można, zgłębnik jednak przeszedłszy przez szczelinę pomiędzy guzem a ścianą boczną nosa, napotyka na przestwór wolny, tak iż już z góry sądzić można, iż guz ten znajduje się tylko w części chrzęstnej przegrody nosowej.

Badanie gardła, nosa od tyłu i krtani nie przedstawia nic nie prawidłowego; podobnie wypada badanie płuc i powłok skórnych.

Guz częścią wycięto, częścią wyskrobano; również i granulacye na małżowinach, stósując następnie kauteryzowanie zgęszczonym kwasem mlekowym. Choć miejsca pooperacyjne nie zupełnie się zagoiły, chora zażądała wypisania jej ze szpitala, który też opuściła 7. Lutego 1895. Już 31. Marca jednak zgłosiła się znowu, skarżąc się na częściowe zatykanie nosa. Przyjęto ją ponownie; na tylnej granicy otworu w przegrodzie nosowej, dziś wielkości grosza, znaleźliśmy liczne małe granulacye, miękkie, łatwo bardzo broczące, podobnie na ścianach bocznych skrzydeł nosowych i na początku dna jamy nosowej. Następnego dnia po przyjęciu chorej granulacye na przegrodzie nosowej podkrojono a następnie usunięto łyżeczką, nadto wyskrobano łyżeczką granulacye ze ścian bocznych z dna jamy nosowej. 2. i 3. Kwietnia powtórzono wyskrobanie, stósując po ostatniem skrobaniu kwas mlekowy zgęszczony. W odpowiednich odstępach czasu powtarzano kauteryzowanie kwasem mlekowym a w końcu resztki nacieku w przegrodzie nosowej w górze przypalono galwanokauterem. Chora wyleczona, dnia 18. Kwietnia 1895. opuściła oddział.

W końcu składam podziękowanie Wmu P. Profesorowi Pieniążkowi za łaskawe odstąpienie mi powyższych przypadków a Rektorowi Profesorowi Browiczowi za przejrzenie preparatów i udzielenie mi objaśnień.

V. Kilka słów o dobroci krowianki krajowej szczególniej z zakładu prof. Kretowicza we Lwowie.

Podał

Dr. F. Obtułowicz we Lwowie.

Dzięki ofiarności sejmu zaprowadzono w kraju naszym z rokiem 1889. szczepienie ospy za pomocą krowianki i w ten sposób ziszczono życzenia wszystkich lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy rządowych, którym wiele zależało na tem, aby dzieci skutecznie ochraniano przed ospą, za pomocą szczepienia krowianką zbieraną z cieląt, nie zaś za pomocą limfy humanizowanej, z którą nieraz i choroby zaraźliwe można przeszczepić. W rozprawce swej drukowanej w *Przeglądzie lek.* w roku 1888, str. 596: Kilka uwag w sprawie powszechnego szczepienia za pomocą krowianki byłem tłómaczem życzeń ogółu lekarzy i wykształconej części ludności, gdy nawoływałem reprezentantów kraju, aby uchwalili na cele szczepienia większą kwotę i w ten sposób wyświadczyli ludowi wielkie dobrodziejstwo. Dzięki silnemu poparciu władz naczelnych kraju a przedewszystkiem dzięki niezmordowanym zabiegom męża stojącego na czele spraw sanitarnych, stósowne rozporządzenie uchwalono i natychmiast też powstały najpierw trzy a później cztery zakłady krowiankowe, które podjęły się dostarczać przeszło 300.000 porcyj krowianki corocznie do szczepienia.

Przyznać należy, iż zakłady te dotąd chlubnie wywiązywały się z wszystkich zobowiązań a krowianka przez nie dostarczana niczem nie ustępowała krowiance poza krajowej, częstokroć zaś nawet ją przewyższała pod względem taniości i dobroci.

Na tem miejscu zamierzam tylko pomówić treściwie o krowiance z zakładu prof. Kretowicza we Lwowie, gdyż od lat trzech przeprowadzam skutkiem polecenia Wys. Namiestnictwa szczepienie próbne tą krowianka i mam najlepszą sposobność ocenić jej zalety. Bez najmniejszej też przesady mogę potwierdzić, iż limfa przesyłana mi do próby ani razu nie chybiła i wytwarzała zawsze wybitne, ładne i duże krosty ospowe, bez zbyt wielkiej reakcyi zapalnej a prawie zawsze nawet u rewakcynowanych odnosiła poża-

dany skutek. Niejednokrotnie słyszałem z ust lekarzy zajmujących się chorobami dzieci, te charakterystyczne słowa, tak chlubnie świadczące o dzielności i dobroci krowianki prof. Kretowicza: „że nawet przy rewakcynacyi nigdy nie chybia i zawsze się przyjmuje". Licznym a nader pomyślnym próbom — lat trzy — odpowiadają również świetne rezultaty szczepienia w gminach wiejskich a krowianka Kretowicza nie zawodzi nawet podczas upałów letnich. W roku 1894. zaszczepiłem w powiecie lwowskim krowianką Kretowicza 1291 dzieci a rewizya wykazała 98·6% wyników pomyślnych (to jest prawie 99%). Rewakcynowałem za pomocą tej krowianki 438 dzieci i uzyskałem skutek pomyślny u 329 w 75·1%.

Takie same również świetne wyniki szczepienia tą krowianką miałem w roku 1893. a cyfry przytoczone mówią same za siebie i są dowodem dobroci krowianki wyrabianej w kraju, która zasługuje zatem zupełnie na zaufanie.

VI. Oceny i sprawozdania.

Choroby dzieci.

Damourette: **Cierpienia osesków powstające z powodu zapalenia przewodów gruczołowych gruczołu mlecznego karmicielki** *(galactophoritis)*.

Zapalenie przewodów gruczołu mlecznego u kobiet karmiących rozwija się niejednokrotnie tak niespostrzeżenie, że dopiero wywiązująca się z tego powodu choroba dziecka zwraca naszą uwagę na tę okoliczność. Zwykle jednak towarzyszą temu zapaleniu pewne objawy jak dreszcze, gorączka nawet do 39, stwardnienie i obrzmienie sutka, trwające 4 do 5 dni lub nawet znacznie dłużej; za uciskiem wydobywa się z gruczołu szaro-żółta ciecz ropiasta. Najczęściej zapalenie to występuje u karmicielek, których gruczoł nie obfituje w dostateczną ilość mleka, dziecko wtedy przystawione do piersi, chcąc wydobyć pokarm ssie z pewną siłą, skutkiem tego łatwo przychodzi do wytworzenia się ekskoryacyi, która stanowi bramę otwartą dla znajdujących się w jamie ust drobnoustrojów (głównie paciorkowca i gronkowca). W ten sposób przychodzi do ropnego zapalenia, które naturalnie produktami swymi zanieczyszcza mleko. Jeśli dziecko mimo tego stanu dostaje dalej pokarm z tej chorej piersi, to pokarm ten zawierający w sobie ropę, może wywoływać znaczne przypadłości i to przedewszystkiem ze strony przewodu pokarmowego. W miarę tych stosunków znajdujemy w tych przypadkach albo tylko lekką niestrawność cechującą się wymiotami, rozwolnieniem, zmniejszeniem się ciężaru ciała i t. d. lub nawet cięższe formy zapalenia kiszek z następowymi objawami ogólnego zatrucia tą zakażoną treścią jelit. Te ciężkie postacie odznaczające się gorączką, wolnym, mocno cuchnącymi stolcami, szybkim upadkiem sił i ogólnem osłabieniem, do których dołącza się jeszcze często zapalenie płuc zrazikowe, kończy się w 5—8 dni śmiercią.

Obok tych groźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, wywołać może pokarm zawierający składniki ropy także cały szereg innych przypadów a mianowicie w jamie ustnej może wywołać podobne do błonicy zapalenie błony śluzowej, może być przyczyną powstania ropnia pozagardłowego *(abscessus retropharyngealis)* lub wreszcie wywołać zapalenie ucha środkowego. Do częstych zmian należą także małe ropnie w okolicy stolca, czyraki *(furunculus)* na skórze, wreszcie niesztowice *(ecthyma)*.

Zapobiega tej chorobie częste obmywanie brodawek karmicielki i jamy ust dziecka 3% kwasem borowym. *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Janvier 1895).

Dr. Raczyński.

Okulistyka.

Gałęzowski: **Objawy kiły trzeciorzędnej narządu wzrokowego.**

Idąc zgodnie z Fournierem uważa G. następujące cierpienia oka i jego otoczenia za objawy kiły: Próchnienie *(caries)* zatok nosowych z następowem owrzodzeniem błony śluzowej *(ozaena)*, sprowadzające często cierpienia przewodu noso-łzowego, wysadzenie oczu *(exophthalmus)* i zapalenie nerwu wzrokowego. Zapalenie to nie jest wywołane przez zakażenie jadem ropnym ozeny, ale przez zapalenie okostny i trudno ustępuje nawet przy odpowiedniem leczeniu. Dalej, kiła rozlana twarzy i powiek, która chociaż występuje w krótkim czasie po zarażeniu się kiłą, powinna być zaliczona do zmian trzeciorzędnych, z powodu zniszczenia, które rychło sprawia w tkankach powiek; zapalenie tęczówki i twardówki kilakowe *(iritis et scleritis gummosa)*; zapalenie naczyniówki i zapalenie siatkówki barwikowe *(retinitis pigmentosa)*; gumiaki kiłowe na skrzyżowaniu się nerwów wzrokowych ze wszystkimi ich następstwami; *hemianopsia* jednostronna i skrzyżowana, z zaburzeniami pamięci, ubytkami w polu widzenia *(scotoma)* i zmianami w poczuciu barw *(dischromatopsia)*.

Ataksya ruchowa z towarzyszącym jej zanikiem tarczy nerwu wzrokowego i porażeniem nerwów okoruchowych. Są to zboczenia preataktyczne zapowiadające wystąpienie ataksyi ogólnej.

Do tych zwiastunów ataksyi kiłowej należą:

Porażenia nerwów 6-tej, 4-tej i 3-ciej pary nerwów mózgowych zupełne lub częściowe, dalej porażenia niektórych włókienek nerwu okoruchowego *(mydriasis, myosis, ptosis)* i wreszcie porażenie akomodacyi. Zwykle występują jednostronnie.

G. przekonał się, że jodek potasu w tych wszystkich przypadkach nie działa a tylko ogólne wcieranie szaruchy po 2 gramy dziennie, robione systematycznie przez przeciąg lat dwóch mogą cierpienie usunąć. Wprawdzie jodek potasu działa w niektórych przypadkach, lecz G. uważa to tylko za wydzielenie rtęci z ustroju, jeśli wystąpiły objawy otrucia rtęcią, które nie pozwalają dalej rtęci stosować, lecz gdy tylko objawy otrucia ustąpią po użyciu jodku potasu, stosuje G. rtęć znowu, gdyż sądzi, że tylko w ten sposób można zapobiedz ataksyi i cierpieniu nerwu wzrokowego. *(Recueil d'Ophtalmologie.* Luty 1895). *Dr. Brudzewski.*

Anatomia patologiczna.

Béla Nagy (z Budapesztu): **O zmianach organicznych komórek nerwowych kory mózgowej w chorobach umysłowych.**

Na podstawie dokładnych badań dochodzi N. do wyniku, że w chorobach umysłowych jak w porażeniu postępowem, w zboczeniach umysłowych epileptycznych, w obłąkaniu, w ostrem obłąkaniu samoistnem *(vesania)* i w manii, komórki kory mózgowej ulegają zwyrodnieniu. Największe zmiany znajdujemy w postępujących postaciach chorób umysłowych *paralysis progressiva, psychosis epileptica, paranoia*, w postaciach uleczych zaś mamy raczej częściowe obumieranie komórek. Zmiany histologiczne odpowiadają w zupełności przebiegowi patologicznemu, gdyż w chorobach umysłowych uleczych, jak w obłędzie, ostrem pomięszaniu umysłu widzimy najczęściej tylko początkowe i częściowe zmiany a wyjątkowo tylko całkowite zwyrodnienie. Schaffer i Friedmann wykazali, że komórek częściowo zwyrodniałych nie należy uważać za martwe masy, lecz za tkanki zdolne do funkcyi i odnowienia się. *(Magyarorvosi Archivum* Z. 1. 1894).

Dr. Bf.

Farmakologia.

Aladar Aujeszky (z Budapesztu): **Doświadczenia z tolipiryną i tolisalem.**

A., lekarz pomocniczy w II. klinice wewnętrznej prof. Ketliego w Budapeszcie, przedkłada zdanie sprawy z do-

świadczeń z powyższymi dwoma lekami, co do działania których ogłoszono wyniki wręcz sprzeczne.

P. Guttmann polecił tolipirynę blisko stojącą antypiryny a Hennig polecił znowu tolisal czyli salicylan tolipiryny jako dobre leki przeciwgorączkowe, przeciwgośćcowe i ból uśmierzające. Rezultaty autora są następujące: 1) Tolipiryna jest pewnym lekiem przeciwgorączkowym; 2) Mniejsze dawki tolisalu (1—2 grm.) sprowadzają 7—8 godzinny, większe dawki zaś (3—4 grm.) 10—16 godzinny stan bezgorączkowy; 3) Tolisal nie okazuje żadnych szkodliwych wpływów pobocznych; 4) nie koił bólów; 5) jest słabym środkiem przeciwgorączkowym i działa tylko w dużych dawkach; 6) Działanie przeciwgorączkowe tolisalu nie trwa dłużej jak 4 godziny; 7) Tolisal jest skutecznym środkiem przeciwgośćcowym, zastępującym bardzo dobrze salicylan sodowy w przypadkach, w których chorzy nie znoszą go dobrze. *(Orvosi hetilap*, Nr. 9. 1894). *Dr. Bf.*

Terapia.

Sletow: **Fizyologiczne i terapeutyczne znaczenie ozonu.**

U suchotników powierzchnia płuc zmniejszona, więc dla utlenienia krwi powiększa się ilość oddechów, płuca muszą usilnie pracować; wdychając zaś powietrze, zawierające bardzo energiczny, utleniający środek, oczywiście chory może rzedziej oddychać, organizm może oszczędzać swoje siły. I rzeczywiście, jak tylko chory zaczyna oddychać ozonem, liczba oddechów z 40—45 rychło spada na 20—25. Już choćby z tego względu ozon zasługuje na uwagę. Autor w następujący sposób rysuje działanie ozonowanego powietrza na suchotników: Pierwszy efekt, konieczna chęć głębiej odetchnąć. W następnych 2—3 min. czasem skłonność do kaszlu; po 2—3 dniach kaszel zmniejsza się, śluz obfitszy, czystszy, łatwiej odchodzi; apetyt zwiększa się, sen dłuższy, lepszy (Binz); po 1—2 tygodniach gorączka, poty zmniejszają się, równie jak duszność i skłonność do krwiopluciа; w rezultacie zawsze zwiększenie sił i wagi chorego. Autor na podstawie literatury (Biriukow, Collart, Bontemps, Oudin et Labbé) i własnych 147 obserwacyj przyszedł do wniosku, że ozon powinien w terapii suchot zająć poważne miejsce. *(Medic. Obozrien.* Nr. 5. 1895). *Makowski.*

Zapiski terapeutyczne.

77. Robin: Leczenie moczówki cukrowej za pomocą okresowej zmiany leków *(par la medication alternante)* (z posiedzenia paryskiej akademii lekarskiej w dniu 11. Czerwca r. b.). Po za oddzielną całkiem moczówką cukrową początku trzustkowego dwie są obecnie teorye moczówki cukrowej: według jednej polega choroba na nadmiernem wydzielaniu cukru, według drugiej na niedostatecznej jego konsumcyi przez zwolnienie odżywiania. Ztąd dwa sposoby leczenia wprost sobie przeciwne: jeden, polegający na miarkowaniu produkcyi cukru przez zwolnienie przemian odżywczych, drugi, zasadzający się na przyśpieszeniu jego spalenia przez podniecenie ogólnego odżywienia.

Prelegent wykazał, że w prostej moczówce cukrowej podwyższone są wszystkie sprawy chemiczne ogólnego odżywiania a szczególniej są czynne niektóre organa, jak wątroba i układ nerwowy.

Otóż na tej nadmiernej czynności w zakresie odżywiania ogólnego a w szczególności komórek wątrobianych, zależnej od pobudzenia w układzie nerwowym bezpośredniego lub zwrotnego powinna opierać się rozumowa terapia moczówki cukrowej.

Idąc przeto konsekwentnie należy szukać leków przeciw moczówce cukrowej między środkami, opóźniającymi przemianę materyi, osobliwie w układzie nerwowym a następnie odejmować ustrojowi materyały mogące ułatwiać wytwarzanie się cukru.

To byłyby główne wskazania terapeutyczne w moczówce cukrowej, nie stosujące się wszakże do przypadków ciężkich i powikłanych, gdzie winno się postępować według ogólnych zasad terapii.

Prelegent nie myśli zastanawiać się teraz nad dyetą i higieną moczówki cukrowej, jako już ustalonemi przez Bouchardata. Nadmienia tylko, iż w moczówce cukrowej jest pewna dążność do pozbywania się części mineralnych; należy je przeto dodawać do pokarmów.

Co do chlorku sodu, rzecz bardzo prosta; wystarczy solić lepiej, niż zwykle pokarmy i dawać potrawy już same przez się słone, jak n. p. ryby solone i t. d.

W razie wydzielania potasu w nadmiernej ilości są odpowiedniemi zielone leguminy, jak n. p. rozmaite rodzaje kapusty.

Przy zbytniej utracie fosforanów, wapna i magnezyi są wskazane odpowiednie pokarmy, glicerofosforany wapna i magnezyi a nadewszystko bulion.

Leki przeciw moczówce cukrowej można podzielić na trzy gromady; do pierwszej należy antypiryna, do drugiej leki zawierające arsen, kodeina, alkalia ziemne i chinina; do trzeciej kozłek *(valeriana)*, makowice, wilcza jagoda *(belladonna)* i bromek potasu.

China, środki alkaliczne i tran rybi służą tylko do poparcia leczenia.

Każda z wymienionych co właśnie gromad odpowiada pewnemu okresowi terapeutycznemu, następującemu kolejno jeden po drugim.

W pierwszym okresie zadaje się antypirynę po dwa gramy dziennie, samą lub z dwuwęglanem sodowym. Najlepiej zadać przed jedzeniem gram antypiryny i $^1/_2$ grama dwuwęglanu sodowego, rozpuszczonych w małej ilości wody mineralnej Vals.

Ze względu na możność pojawienia się białka w moczu nie powinno się zadawać antypiryny dłużej, niż przez 5 dni.

Również nie wolno zadawać antypiryny w białkomoczu. W ogólności antypiryna wskazana jest u chorych na moczówkę cukrową jeszcze tłustych a przeciwwskazana u chorych już osłabionych.

Jeżeli po kilku dniach nie zmniejszy się ilość cukru o 10 lub $15^0/_0$, nie ma potrzeby powracać później znów do antypiryny.

Środkiem popierającym leczenie w tym okresie jest tran rybi, osobliwie u chorych pochodzących z rodziców gruźliczych.

W razie zaparcia żywota najlepiej zadawać sól Seignetta na czczo po 15 do 20 gramów rozpuszczonych w wodzie ciepłej.

W drugim okresie zadaje się siarkan chininy, przetwory arszenikowe, kodeinę, węglan litowy i to w ten sposób:

Przed śniadaniem w południe daje się przez 5 dni z rzędu po 0·40 chininy, pauzuje potem przez 4 dni i zadaje ją znów przez sześć dni.

Przed śniadaniem (w południe) i obiadem (wieczorem) zażywa chory proszek złożony z 2 do 3 miligramów arsenianu sodowego *(natrium arsenicum)*, 10 do 15 centygramów węglanu litowego, 2 do 5 centygramów kodeiny, 25 centygramów dryjakwi *(theriacum)* i 40 centygramów suchego i miałkiego wyciągu kory chinowej.

Środkami dodatkowemi w tym okresie są: tran rybi, wino chinowe, woda mineralna, zawierająca dwuwęglan sodowy.

Trzeci okres leczenia rozpoczyna się po 15 dniach okresu drugiego.

Zadaje się w nim przez 8 dni pigułki składu: *Exti belladonnae milligrammata* 5, *exti opii centigramma*, *exti valerianae centigrmta* 10, *pulveris corticis chininae* q. s. F. l. a. pillula.

Przez dwa pierwsze dni zażywa się pigułkę co 6 godzin, przez dwa następne co 4 godziny, przez dalsze dwa dni co 3 godziny, potem znów przez dwa dni co 6 godzin, w końcu również przez dwa dni co 8 godzin.

Do picia służy woda przegotowana, zawierająca 8 gramów dwuwęglanu sodowego na litr.

Tranu rybiego w tym okresie nie daje się; natomiast używają chorzy nadal wina chinowego.

U kobiet nerwowych i u osób nieznoszących makowca i beladony, zadawać można dziennie po 2 do 3 gramów bromku potasu.

Co do ogólnego leczenia, zostaje chory naprzód przez 5 do 8 dni na dyecie Bouchardata, poczem oznacza się ilość cukru w moczu. Następnie zadaje się antypirynę przez 4 do 5 dni i bada znów mocz. Jeżeli cukru nie ma w moczu, zostaje się przy ścisłem zachowaniu prawideł dyetetycznych; jeżeli jest, przechodzi się do leczenia, jak okresie drugim na 15 dni mniej więcej, poczem przerywa się na miesiąc wszelkie zadawanie leków a zostaje tylko przy odpowiedniej dyecie.

Na 100 chorych leczonych tym sposobem uzyskał prelegent wyleczenie zupełne u 24 po leczeniu trwającem od 3 miesięcy do 2 lat. Chorzy ci oddawali dziennie po 100 gramów cukru.

Wyleczenie jest jeszcze wątpliwe w 25 przypadkach, gdzie chorzy wydawali cukru dziennie od 105 do 350 gram.

Znaczna poprawa nastała w 33 przypadkach a w 18 albo nie było skutku żadnego, albo był tylko przemijający. *(La Semaine medicale.* 12. Czerwca 1895).

78. O. Herff: O zastosowaniu zgęszczonego kwasu karbolowego do leczenia wrzodów miękkich u kobiet. Zdaniem autora kwas karbolowy płynny, zgęszczony nadaje się wybornie do leczenia wrzodów miękkich u kobiet a sposób postępowania w tej mierze jest następujący:

Po obmyciu płynem przeciwgnilnym, jak n. p. roztworem sublimatu i oczyszczeniu małemi tamponami z waty napuszcza się wrzody kwasem karbolowym, do czego używa się pręcików drewnianych o końcu niegładkim, zanurzonym w środek, o którym mowa. W ten sposób można dokładnie ograniczyć działanie kwasu karbolowego. Natychmiast po tem przytuszowaniu pokrywają się wrzody strupem białawym, powierzchownym, poczem wyciera się je watą w celu oddalenia zbytniego kwasu karbolowego. Ból po użyciu tego środka jest mierny i nie trwa długo a tylko w razie wrzodów wielkich lub usadowionych w pobliżu łechtaczki albo ujścia cewki moczowej trzeba przed użyciem kwasu karbolowego znieczulić daną okolicę za pomocą kokainy.

Leczenie następowe zasadza się na prostem zachowaniu czystości, do czego służą kąpiele nasiadowe, przestrzykiwanie nadmanganczanem potasowym, lisolem lub u osób biednych po prostu tylko rumiankiem.

Po 4 lub 5 dniach winna chora pokazać się znów lekarzowi. Wrzody powinny wtedy być na drodze do zabliźnienia. Te, któreby tej dążności nie okazywały lub którychby za pierwszym razem nie dostrzeżono, przypieka się znów kwasem karbolowym, jak poprzednio.

Zazwyczaj dwukrotne użycie w ten sposób kwasu karbolowego wystarcza do wyleczenia, wyjąwszy, gdyby wrzody były kiłowe tak, iż ta nieskuteczność środka rzeczonego pozwala rozpoznać należycie naturę sprawy chorobowej.

Użycie kwasu karbolowego do leczenia wrzodów miękkich ma jeszcze i tę dogodność, iż nie wymaga odrywania chorych od pracy nie zdradza się, jak przy użyciu jodoformu, wonią a bardzo często zapobiega zropieniu gruczołów limfatycznych. *(La Semaine médicale.* 12. Czerwca 1895).

79. J. Stumpf: Prosty sposób leczenia mimowolnego moczenia nocnego *(enuresis nocturna).* Autor rozważywszy dokładnie stósunki fizyologiczne wypróżniania się pęcherza moczowego, przychodzi do przekonania, że główną rolę w mimowolnem moczeniu nocnem przypisać trzeba czynnikowi mechanicznemu a mianowicie parciu skutkiem siły ciężkości moczu nagromadzającego się w pęcherzu na mięśnie w nocy zwolnione, do energicznego działania nieprzywykłe lub może patologicznie niedostatecznie działające.

Domysł ten sprawdził autor za pomocą doświadczenia, bo pokazało się, iż przez stósowne ułożenie chorych do snu można zapobiedz mimowolnemu moczeniu nocnemu; jakoż nie ma moczenia nocnego, jeżeli pod głowę da się tylko małą i cienką poduszkę, tułów ułoży w łóżku poziomo a przez podłożenie poduszek ustawi kończyny dolne do stosu kręgowego pod kątem 130 do 150°.

Oczywistą jest rzeczą, iż takie ułożenie ciała trzeba utrzymać koniecznie przez całą noc i w tym celu baczyć, by dzieci nie zmieniały we śnie pozycyi.

Na podstawie doświadczenia własnego w kilkunastu przypadkach zaleca autor ten nader prosty sposób leczenia mimowolnego moczenia nocnego i spodziewa się, że mógłby on zapewne okazać się skutecznym także i w chorobach umysłowych, u idyotów a do pewnego stopnia i w porażeniu pęcherza moczowego. *(Münchener medicinische Wochenschrift.* 11. Czerwca 1895).

80. R. Drews: Doświadczenia kliniczne nad działaniem leczniczem tanigeny w chorobach jelit u dzieci. Rozmaite braki w zastosowaniu praktycznem kwasu garbnikowego skłoniły prof. H. Meyera w Marburgu do prób z rozmaitemi połączeniami taniny, nie rozpuszczającemi się w żołądku a rozpuszczającemi się w jelitach.

Jednem z takich połączeń jest tanigena, stanowiąca proszek żółtawo-szary, bez woni i smaku, bardzo miałki, nieznacznie higroskopijny, w wodzie w ciepłocie 50° mięknący na masę ciągnącą się, do miodu podobną.

Prof. Müller w Marburgu przekonał się na chorych z cierpieniami jelit, że tanigena, dobrze znoszona nie wpływa niekorzystnie na czynności żołądka, nawet w ilości 3 do 4 gramów; zazwyczaj wszakże wystarcza do skutku dzienna dawka trzechkrotna po 0·20 do 0·50.

M. używał z bardzo dobrym skutkiem tanigeny w przewlekłym nieżycie jelit, w rozwolnieniu u suchotników. Chorzy nie przyzwyczajali się do tego leku nawet po używaniu go całymi tygodniami.

Dzieci zażywają łatwo i znoszą dobrze tanigenę; najlepiej zadawać im ten środek z wodą lub mlekiem. Pierwszym warunkiem skutku jest oczywiście uregulowanie dyety według znanych zasad i od tego powinno zaczynać się leczenie ostrego nieżytu jelit, gdy w przewlekłych można odrazu zadawać tanigenę.

Tanigenę wyrabia fabryka pod firmą dawniej Fryderyka Bayera i Spki w Elberfeldzie. *(Allg. med. Centralztg.* 35., 36. 1895).

VII. FAUNA ZWŁOK.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz.

Przypisywano włoskiemu poecie, Pratiemu schorzenie fantazyi, ponieważ wyraził w pismach swoich ponure życzenie, iż radby bodaj raz zapuścić wzrok swój w ciemnie grobowe i zbadać ich tajemnice. Jeźli zarzut chorej fantazyi był słusznie skierowany przeciw poecie, którego wysoko rozwinięty zmysł piękna nie mógł się spodziewać stósownych dla siebie wrażeń i spostrzeżeń z tej niepojętnej wędrówki wzroku w łono ziemi, kryjące szczątki ludzkie, to jednak zarzuty podobne nie mogą spotkać badacza, przetrząsającego wszystko, by dotrzeć do prawdy, by zaspokoić wieczną chciwość wiedzy.

Widok grobu sprawia w człowieku uczucie poszanowania a jeźli myśl sięgnie poza jego powłokę w głąb, to zwraca się rychło z przestrachem i wstrętem.

I nic dziwnego, bo sprawa rozkładu ludzkiego ciała już niemal od pierwszych chwil po śmierci nie jest miłą dla zmysłów naszych. Wszak przemożnie rozwinięte poczucie estetyczne starożytnych mieszkańców klasycznej ziemi zniewalało za pośrednictwem poglądów religijnych do grzebania zwłok, których dusza nie mogłaby inaczej dostać się do Hadesu [1]).

Zwolennicy palenia zwłok podają między motywami służącymi na poparcie sprawy, wzgląd estetyczny, odsłaniając ponury obraz rozkładu zwłok bodaj w obrazowych reprodukcyach [2]).

Do niedawna był nam nieznany los ciała naszego od chwili, kiedy je powierzano ziemi. Dopiero coraz to częstsze dobywania zwłok, tak zwane ekshumacye, dokonywane z różnych powodów, bądźto dla stwierdzenia zagadkowej śmierci w celach sądowych, bądź też z powodu znoszenia dawnych cmentarzysk, odkryły nam szereg zjawisk nieznanych; wystarczy, że wymienię zjawisko przemiany tłuszczowoskowej, ogłoszone po raz pierwszy przez dwóch lekarzy francuskich, Fourcroya i Toureta, delegowanych w r. 1786 przy sposobności zniesienia paryzkiego cmentarza *des Innocents*.

Pomimo wielu innych zdobyczy naukowych, wynikających z odsłonięcia niektórych tajemnic grobowych, jakie zawdzięczamy licznym badaczom a już głównie badaczom tej miary, co Orfila i Lesuer [3]), wreszcie Moser [4]), to przecież fauna grobów była nam mało znaną. Dopiero prace Reinharda, Jovanowitsa, Megnina, Handlirscha, wreszcie po części Raimondiego i Rossiego [5]) pouczyły nas o niej, jako też o systematycznym porządku i rozkładzie pracy u tych stworzeń, które niwecząc zwłoki, zasłużyły sobie w zupełności na miano *travailleurs de la mort*, nadane im przez Brouardela i Megnina.

Cel tych badań jest dwojaki: pierwszy ogólno przyrodniczy doprowadza do zapoznania się z fauną zwłok, drugi ściślejszy oddaje usługi medycynie sądowej o tyle, o ile dozwala na oznaczenie czasu, który od chwili śmierci mógł upłynąć.

Rodzaje pasożytów, które się na zwłokach osiedlają, są różne i nie wszystkie one w jednym i tym samym czasie podejmują swą pracę. Przedewszystkiem zależy rodzaj pasożytów ze świata zwierzęcego od stosunków a raczej od środowiska, w którem się znajdują zwłoki, zatem inne pasożyty niszczą zwłoki w wodzie się znajdujące a inne zwłoki spoczywające w ziemi lub znajdujące się na powietrzu.

Już Casper [6]) podał intuicyjne prawo co do czasu, w ciągu którego niszczeją zwłoki w odmiennych okolicznościach się znajdujące; powiada on, że zwłoki leżące na powietrzu ulegają gnilnemu rozkładowi cztery razy prędzej, niż zwłoki w ziemi a dwa razy prędzej, niż zwłoki znajdujące się w wodzie.

Do rozpadu gnilnego przyczyniają się wielce pasożyty a to przez zniszczenie powłok zewnętrznych i odstawianie wewnętrznych, mniej opornych warstw ciała. Ponieważ zaś większa część pasożytów żyje na powierzchni ziemi i w powietrzu, przeto nie zadziwia nas wcale owa większa szybkość postępu zgnilizny w zwłokach, które przebywają na powietrzu. Jak rychło niszczą pasożyty zwłoki ludzkie lub zwierzęce, spoczywające na powietrzu, dowodzą spostrzeżenia niektórych autorów. I tak opisuje Krahmer [7]) przypadek, dotyczący zwłok mężczyzny leżących na łanie zbożowym, z których po upływie 4 tygodni pozostał prawie tylko nagi kościec. Locherer [8]) widział podobne zniszczenie ludzkich zwłok, które nastąpiło w ciągu 34 dni, Dounnes [9]) w przeciągu 2 miesięcy, Kapf [10]) nawet w ciągu 12 dni.

Ta różna szybkość niszczenia zwłok leżących na powietrzu zależy wielce od współdziałania większych pasożytów, należących do rzędu zwierząt ssących, jak szczurów, nawet świni domowej, wreszcie i od okoliczności, sprzyjających samemu gniciu. Różna szybkość niszczenia zwłok w tych stósunkach nie dozwala nader często na oznaczenie czasu, jaki od chwili śmierci mógł upłynąć a śmiało można odnieść do tych oznaczeń zdanie Orfili [6]), iż zadanie to przechodzi często ludzkie siły.

O ile zwłoki leżące na powietrzu są wystawione na współdziałanie rozmaitych czynników, o tyle mniej są one narażone, jeźli spoczywają w ziemi lub wodzie. Ale czy to zwłoki w ziemi, czy w wodzie będą spoczywały, zawsze muszą one stać się pastwą różnych pasożytów. Długo utrzymywało się mniemanie, dotąd jeszcze dzielone przez ogół, że czerwie toczące ciała nasze po śmierci powstają same przez się z materyi rozkładającej się, jak w ogóle przekonanie to, które Arystoteles stósował nawet do owadów *(generatio aequivoca sive spontanea)* uległo dopiero zaprzeczeniu przez słowa genialne Harveya *omne vivum e vivo*. Dopiero przyrodnik doby obecnej Redi [12]) wykazał, że czerwie owych *travailleurs de la mort* powstają z jaj złożonych na zwłokach przez różne gatunki owadów. Szybkość mnożenia się tych pasożytów jest zdumiewającą; i tak n. p. wynika z badań Fumouzego, że pasożyt pożerający tłuszcz w zwłokach a należący do rzędu roztoczów *(acarina)*, tak zwany *tyroglyphus longior* i jemu pokrewny, t. zw. *mykophagus* składa w 10—15 dni po wyłonieniu się z jaja 15 jaj a szóste pokolenie jego wylęgające się po 90 dniach, liczy milion samic a pół miliona samców [7]).

Jeźli zatem płodność tych pasożytów jest tak potężna, to nie można poczytać Linneuszowi za przesadę zdanie, iż trzy muchy wystarczają, aby pożreć zarówno zwłoki konia, jak lwa.

Wszystkich badaczy fauny trupiej uderzyła systematyczna kolejność co do czasu, w którym pojawiały się rozmaite pasożyty. Badania, zmierzające do wyjaśnienia przyczyny tego rozdziału pracy między różnorodne gatunki pasożytów wykazały, że zwłoki nie dostarczają w jednym a tym samym czasie dla nich wszystkich stosownego podłoża odżywczego. I tak, podczas gdy jedne z nich znajdują żer w zwłokach świeżych, to inne muszą czekać na chwilę, aż sprawa gnicia przygotowuje im stosowną strawę.

Najnowsze badania nad przyrodą zgnilizny Gautiera, Cornila i Babèsa, wreszcie Bordasa [12]) wykazały podobny rozkład pracy także i u mikrobów, wywołujących gnicie.

---

1) Antygona Sofoklesa.
2) Das Schicksal der Leichen in der Erde. Nach einer Publication der *Société de Crémation* in Paris. Herausgegeben vom Vereine der Freunde der Feuerbestattung „die Flamme" in Wien.
3) Gerichtliche Ausgrabungen.
4) Moser: Eine Zusammenstellung der Befunde an 45 exhumirten Leichen i t. d. Arztl. Intelligenzblatt 1886.
5) Jahrb. Virchow Hirscha 1888. I. str. 467.
6) Casper-Liman: Prakt. Handb. d. ger. Med. VI. A. II. B. Berlin 1876.

7), 8), 9), 10) Handb. d. ger. Med. von Maschka. Tübingen 1882. Zeszyt III.
12) Annales d'hyg. pub. et de med. lég. 1895. Nr. I. pag. 65.

Różne ich odmiany zjawiają się kolejno a za każdym razem czynności ich towarzyszy wydzielanie się odmiennych a mocno cuchnących gazów. Nadzwyczajna czułość powonienia u pasożytów trupich z świata zwierzęcego, pozwala zdaniem Megnina[13]) odczuwać im coraz to inne wyziewy gnijącego ciała a tem samem pozwala im po woni rozpoznać okres rozkładu, najwięcej odpowiadający stosunkom żywotnym ich i ich potomstwa. Już z tych spostrzeżeń wynika, że owi pracownicy gruntujący zawiązek swych pokoleń na martwych ustrojach sa znakomitemi, *sit venia verbo*, odczynnikami dla różnych okresów zgnilizny.

Kolejno zmieniając się, zastępując się niejako w pracy, zostawiają owe pasożyty wreszcie te resztki zwłok, które nie mają już dla nich wartości.

To też widzi się, że czasem redukują się zwłoki ludzkie do wybliehowanych kości, pokrytych drobno ziarnistą, brązową ziemią, którą utworzyły wydzieliny pasożytów, zwłoki roztoczów, skrzydełka i pokrywy owadów pasożytów, osłonki ich gąsienic lub poczwarek. W ten to sposób sprawdzają się, jak się wyraża Megnin, słowa Pisma Świętego: p r o c h e m j e s t e ś i w p r o c h s i ę o b r ó c i s z.

Dotychczasowi badacze dostrzegli ośm epok w ciągu sprawy rozkładowej zwłok; z nich każdą cechują odmienne gatunki pasożytów. (Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 20. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Dr. D r o b n i k (z Poznania): Dalsze doświadczenia nad przeniesieniem i rozdzieleniem czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych.

T e n ż e: Leczenie operacyjne głowy skręconej (*caput obstipum*).

T e n ż e: Sposób powstawania i leczenie operacyjne torbieli trzustki.

T e n ż e: Operacyjne leczenie wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym (*luxatio congenita coxae*) (z przedstawieniem preparatów).

Dr. G a b r y s z e w s k i (z Krakowa): O operacyach upiększających.

T e n ż e: Zmiany stawowe w syryngomyelii.

T e n ż e: O bólu w chirurgicznem znaczeniu.

Prócz tego zapowiedziano wykład o J a s i ń s k i e g o antroattykotomii z demonstracyą operacyi na trupie.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiell. uchwalił jednomyślnie powołać prof. Dra Ksawerego Gałęzowskiego w Paryżu na opróżnioną przez śmierć prof. Rydla katedrę okulistyki i w tym celu nawiązać z nim rokowania. Prof. Gałęzowski oświadczył już gotowość objęcia pod pewnymi warunkami ofiarowanej sobie katedry.

— **Wykaz** lekarzy ordynujących w bieżącym roku w zdrojowiskach i uzdrowiskach uzupełniamy w dalszym ciągu doniesieniem, iż w V i c h y praktykuje Dr. Biernawski a Dr. Panieński, specyalista w chorobach nerwowych z Poznania, który od lat siedmiu dla poratowania własnego zdrowia co rok jeździł do N o r d e r n e y, osiedla się tamże jako lekarz kąpielowy na czas od 1. Lipca do 1. Października.

— W dniu 28. b. m. przypada 50. rocznica promocyi na stopień doktora medycyny Dra Michała Zieleniewskiego, znanego balneologa, b. lekarza zdrojowego w Krynicy, autora wielu dzieł i broszur treści przeważnie tyczącej się polskich zdrojowisk, jednego z założycieli i pierwszych redaktorów *Przeglądu lekarskiego*.

— Grono poważnych osób powzięło myśl rozpowszechnienia w szerokich kołach portretu protomedyka i radcy Namiestnictwa Dra Józefa Merunowicza i w tym celu zachęciło znanego artystę malarza p. Władysława Czechowicza do wykonania jego portretu. P. Czechowicz podjął się tego zadania i wykonał żądany portret w naturalnej wielkości, z którego zakład wojskowo-geograficzny w Wiedniu zrobił heliograwurę na cutńskim papierze w rozmiarze 48×64 cm.

Heliograwura ta kosztuje 5 złr. na miejscu we Lwowie, z przesyłką pocztową o 25 ct. więcej.

Dla ułatwienia kwotę tę można rozłożyć na trzy raty, z których pierwszą należy uiścić przy zamówieniu. Subskrypcyą przyjmuje Dr. Ferdynand Obtułowicz we Lwowie.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu odbytem w dniu 18. b. m. z 9 prac nadesłanych na konkurs imienia Koczorowskiego nagrodziło 5 następujących: 1. B i e r n a c k i e g o: Gazy krwi żylnej w stanach patologicznych, specyalnie w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych; 2. C h e ł m o w s k i e g o i S a w i c k i e g o: Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od r. 1830 do 1890.; 3. G e d r o i c i a: Historya szpitala św. Łazarza od założenia do chwili obecnej; 4. H e w e l k e g o: Badania bakteryologiczne krwi u suchotników; 5. F a y t t a: Stosunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kobiety.

— Otrzymujemy następujące pismo od lekarzy powiatowych, Drów Adolfa Wursta i Ferdynanda Obtułowicza:

Koledzy nasi z Austryi dolnej zawiadomili nas, że w dniu 26. Maja b. r. zbiorą się we Wiedniu na posiedzenie ogólne reprezentanci wszystkich prowincyj austryackich w celu naradzenia się wspólnie nad akcyą dotyczącą polepszenia bytu lekarzy powiatowych, oraz celem ułożenia wspólnej petycyi.

Odebrawszy takie wezwanie wyruszyliśmy do Wiednia w dniu 25. Maja a nazajutrz wzięliśmy żywy udział w przeszło 4 godzinnych naradach w gronie kolegów z wszystkich prowincyj i podpisaliśmy wspólną petycyą, która przez deputacyą z grona delegatów wybrana została w dniu 27. Maja Izbie posłów i Izbie panów wręczoną.

Wszyscy delegaci zgodzili się jednomyślnie, aby żądać poprawienia naszych stosunków służbowych w ten sposób, iżby w każdym kraju koronnym $^1/_3$ lekarzy powiatowych została posuniętą do rangi VII., $^1/_3$ do rangi VIII. a $^1/_3$ do rangi IX.

Nadto wyraziliśmy życzenie, aby nietylko w kraju naszym, ale i we wszystkich prowincyach austryackich odbywały się corocznie zgromadzenia lekarzy powiatowych i aby co 3 lata odbywał się zjazd ogólny we Wiedniu, celem omówienia żywotnych spraw naszego zawodu.

W końcu na nasz wniosek wybrano stały komitet, który ma czuwać w Wiedniu nad losem naszej petycyi i jest obowiązany informować delegatów wszystkich prowincyj o stanie rzeczy.

— Profesor Trendelenburg w Bonnie idzie na opróżnioną przez śmierć prof. Thierscha katedrę chirurgii w Lipsku; na miejsce zaś Trendelenburga powołany prof. Mikulicz z Wrocławia.

— Dr. H. Zenker, asystent księcia Dra Karola Teodora bawarskiego, wydał zdanie sprawy z 2000 operacyj zaćmy, dokonanych przez tegoż lekarza, któremu bardzo często asystuje wprawnie przy operacyach małżonka.

— **Posada.** Zwierzchność gminna w Żabnie w powiecie dąbrowskim w Galicyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego i oglądacza zwłok i bydła. Warunkiem otrzymania posady stopień doktora wszech nauk lekarskich. Roczne wynagrodzenie 300 złr. Termin podawania się do 30. Czerwca r. b.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 25. Maja w Wilnie przeżywszy lat 78 Dr. **Hiacynt Zajkowski**, wychowaniec b. Akademii wileńskiej i uniwersytetu moskiewskiego. W Warszawie w dniu 12. Czerwca Dr. **Maurycy Rundo.** W Kazaniu przeżywszy lat 48 Dr. **Władysław Kubicki**, były inspektor lekarski gubernii riazańskiej. W Paryżu w dniu 12. b. m. słynny chirurg, prof. **Verneuil** w 72. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 24. J. C z a j k o w s k i: O drobnoustrojach we krwi chorych na płonicę. L. N e n c k i i J. J a w o r s k i: Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek *Apolisin* przeciwgorączkowy i kojący (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 24. T. B o r y s s o w i c z: W sprawie szwu powłok brzusznych słów kilka. S. G r o s g l i k: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania.

— **Od Administracyi:** Dr. Ksawery Mikucki z Ternówki na Podolu złożył na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla 5 rubli.

[13]) Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 1895, Nr. I. pag. 65.

NADESŁANE.

Wody mineralne krynickie.

Zdrój główny: bardzo silna szczawa wapienno-żelezista, wskazana w *chlorosis*, *anaemia simplex*, *leukaemia*, *scrophulosis*, *rhachitis*, *neurasthenia praec. sexualis*, *enteritis c. diarrhoea chron.*, *enteritis follicularis*, *cystitis*, *pyelitis et nephritis chronica.*

Zdrój Słotwiński: silna szczawa magnowo-sodowo-żelezista, bardzo stosowna jako napój dyetetyczny u osób wątłych, niedokrewnych, nerwowych.

Dostać można we wszystkich składach wód mineralnych i większych aptekach w kraju i zagranicą. 121—6—4

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się prospekt Zakładu wodoleczniczego „Kiselka".

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 29. Czerwca 1895 r. Nr. 26.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał
Dr. Władysław Reiss,
asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Kiedy Neisser w roku 1879. utrzymywał, że opisany przez niego *diplococcus* jest jedynym i wyłącznym czynnikiem wywołującym zapalenie wiewiórowe (tryprowe) pewnych błon śluzowych, powstało przeciw niemu wielu autorów, opierając swoje zarzuty na tem, że opisane przez niego ustroje znaleść można również w wydzielinach fizyologicznych, jakoteż i chorobowych, nie mających jednak ze sprawą wiewiórową nic wspólnego. Przyznawano wprawdzie powszechnie, że wydzielinie wiewiórowej towarzyszą zawsze i stale wspomniane bakterye, znajdując je jednak także w wydzielinach innych wahano się i nie bez słuszności uznać je za patogeniczne. Drugi zarzut równie ważny opierał się na niemożności otrzymania czystych hodowli tychże dyplokoków i zaszczepienia nimi ludziom zdrowym jadu wiewiórowego.

Zarzut pierwszy obalono jednak wkrótce, skoro się przekonano, że dyplokoki opisane przez Neissera różnią się zasadniczo od podobnych ustrojów, znachodzonych przez innych autorów w wydzielinach wiewiórowych, okazało się bowiem, że tak jedne jak i drugie mają wprawdzie powinowactwo do barwików anilinowych zasadowych, że jednak dyplokoki wiewiórowe okazują pewną charakterystyczną sobie cechę, wyróżniającą je zasadniczo od innych a mianowicie własność odbarwiania się metodą Grama. Pomijam już tutaj tak właściwy im kształt i ugrupowanie dozwalające chyba przy bardzo małych powiększeniach na podobne pomyłki.

Nierównie dłużej dały na siebie czekać pierwsze próby jako tako udałych hodowli gonokoków. Próby te rozpoczęto w roku 1879. a pierwszymi byli Bokai i Finkelstein, którym udało się utrzymać hodowle gonokoków na pożywce złożonej z 50 grm. wody, 0,02 fosforanu potasowego, 0,01 siarkanu magnowego, 0,02 fosforanu wapniowego i 0,03 winianu amonowego.

Przeszczepienie tych hodowli na błonę śluzową cewki męzkiej wywołało typowy wiewiór, przez co uzyskano już niezbity dowód potwierdzający charakter patogeniczny dyplokoków Neisserowskich. (Bokai u. Finkelstein: *Ueber das Contagium der Blennorrhoee. Pester med. chirurg. Presse* 1880. Nr. 25).

Otrzymywanie tych hodowli przez wyżej wspomnianych autorów na pożywkach płynnych było bardzo utrudnione, już z tej przyczyny, że izolowanie bakteryj na medyach płynnych przedstawia niemałe trudności techniczne, przyczem studyowanie wzrostu, wejrzenia i biologicznych własności hodowli jest wprost niemożliwem.

Były to pierwsze próby, które doprowadziły z biegiem czasu do coraz to większych postępów, datujących się głównie od chwili, gdy rozpoczęto używać pożywek stałych. Jedną z pierwszych, których następnie używano, była żelatyna peptonowa z naparem mięsnym a wielu autorów, jak Krause, Leistikow i Bockhart wyłącznie używało tylko tej pożywki. Ponieważ jednak autorowie ci nie przeszczepiali nigdy swoich hodowli a następnie, ponieważ z opisu ich nie możemy dokładnego nabrać wyobrażenia o szczegółach wyróżniających je od innych hodowli podobnych, przeto nie możemy stanowczo twierdzić, że pierwsze te próby na pożywkach stałopłynnych, dawały zawsze pozytywne wyniki.

Dopiero w kilka lat później Bumm otrzymał czystą hodowlę gonokoków, używszy jako pożywki surowicy krwi. Hodowle te udawało mu się przeszczepiać aż do dwudziestego

pokolenia i przeszczepić na cewkę moczową, wywołując typowy wiewiór. Od tego czasu dopiero datują się pierwsze, bardziej wyczerpujące już prace z dziedziny biogenezy gonokoków; zaczęto bliżej badać wahania ciepłoty, w której najlepiej się rozmnażają, jakoteż poddawano rozmaitym modyfikacyom skład chemiczny pożywek, oznaczając równocześnie czas trwania największej wirulencyi i występowania tak zwanych zmian degeneracyjnych. Wielkie zasługi na tem polu położył Wertheim przez wprowadzenie w użycie metody płytkowej w celu otrzymania w jak najkrótszym czasie zupełnie czystych hodowli, używając pożywki złożonej z 1 części surowicy krwi i 2 części agaru (agaru 2%, peptonu 1% NaCl ½%). Przyznać trzeba wprawdzie, że postępując metodą Wertheima unikamy stanowczo wszelkich zanieczyszczeń, to jednak metoda jego jest nader uciążliwa właśnie co do strony technicznej postępowania. I tak tracimy zbyt wiele czasu na ciągłe roztwarzanie zaszczepionych roczynów, wylewanie płyt i inne zabiegi przedwstępne, przyczem nadmienić należy, że ponieważ czas najszybszego krzewienia się gonokoków na jednej i tej samej pożywce trwa nader krótko, przeszczepiania muszą odbywać się w bardzo krótkich odstępach czasu.

W najnowszych czasach pracowano nad uproszczeniem całego postępowania w hodowaniu gonokoków jako też w celu modyfikacyi odpowiedniej w przyrządzaniu pożywek w zakładzie anatomii patologicznej prof. Weichselbauma w Wiedniu. Pracami temi zajmowali się Finger, Ghon i Schlagenhaufer. Autorowie ci kontrolowali dokładnie metodę Wertheima a następnie zmodyfikowali ją w odpowiedni sposób i ulepszyli. *(Beitrag zur Zuchtigung des Gonococcus Neisser. Wien. klin. Wochenschrift* 1893). Następnie zajęli się autorowie ci szczegółowo biologią gonokoków, przeszczepieniem ich hodowli na błony śluzowe i zmianami anatomo-patologicznemi przez nie wywołanemi, uzupełniając pracę swą badaniami w drodze czysto empirycznej nad działaniem niektórych środków antyseptycznych wprost na otrzymane hodowle. Praca ta *(Beitraege zur Biologie des Gonococcus. Archiv f. Dermatologie und Syphilis* T. XXVIII. Z. 1. i 2). wypełnia wielką lukę w biologii dyplokoków Neisserowskich, zaznajamiając nas wyczerpująco z wieloma szczegółami biogenezy tych ustrojów, rzucając zarazem światło na warunki ich bytu i krzewienia się na pożywce ustrojowej, jaką stanowią dla nich błony śluzowe naszego organizmu.

Autorowie wyżej wymienieni zmodyfikowali przedewszystkiem samą metodę przedwstępną, używając zamiast płyt celem odosobniania kolonij tak zwanych miseczek Petrego (*Petrische Schalen*), na których otrzymywali w bardzo krótkim czasie zupełnie czyste hodowle. Co do pożywek, to zasługą właśnie tych autorów jest wskazanie na niewłaściwość używania pożywek alkalicznych a wprowadzenie kwaśnych. Używali oni pierwotnie pożywki Pfeifferowskiej, t. j. agaru obleczonego cienką warstwą surowicy krwi, przyczem wykazali, że za każdym razem, gdy surowica krwi oddziaływała zbyt mocno alkalicznie, hodowle nie udawały się wcale; przez zobojętnienie a nawet zakwaszenie roczynem fosforanu sodowego kwaśnego, wzrost hodowli nie pozostawiał nic do życzenia. Przekonali się oni również, że hodowle udawały się znakomicie, pomimo że pożywki oddziaływały nawet mocno kwaśno. Doświadczenie to naprowadziło autorów tych na myśl, że mocz prawidłowy, to jest oddziaływający kwaśno, przechodząc przez cewkę zapaleniem wiewiórowem zajętą, w żaden sposób szkodliwie działać nie może na gonokoki, ale przeciwnie potęgować powinien ich wirulencyę, co zgadzałoby się z podaniem Piringera, że mocz zmięszany z ropą wiewiórową jest w wysokim stopniu zakaźny. Rozumowanie to skłoniło Fingera i jego współpracowników do używania zamiast surowicy ludzkiej, prawidłowego, kwaśno oddziaływającego moczu. W ten sposób sporządzali oni pożywki złożone z jednej części moczu i dwóch części agaru peptonowego (2% agaru i 1% peptonu). Agar ten zwany przez nich agarem moczowym (*Harnagar*) stanowi bardzo dobrą pożywkę dla gonokoków i to znacznie lepszą, aniżeli agar surowiczy lub surowiczo-moczowy. Chodziło tu jednak o dokładne wykazanie, który ze składników moczu prawidłowego działa w tak korzystny sposób na rozwój gonokoków i czy nie sprzyja wzrostowi temu li tylko kwaśne oddziaływanie w powyższy sposób sporządzonej pożywki? W tym celu poddawano rozwinięte już hodowle działaniu wszystkich składników moczu prawidłowego z osobna i przekonano się, że nietylko sole kwaśne, ale wszystkie składniki moczu a przedewszystkiem mocznik odgrywają niepomierną rolę w składzie powyższych pożywek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

SERYA TRZECIA.

Hak od drzwi jako narzędzie operacyjne.

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Oględziny i sekcya zwłok noworodka.

1) Z małej trumienki wyjęto owinięte w płótno części zwłok noworodka w kawałkach a mianowicie główkę z górną częścią klatki piersiowej, odnogi dolne z większą częścią trzew brzusznych, osobno zaś obie rączki złożone na dnie trumienki wraz z łopatkami.

2) Części wyliczone są na swej powierzchni pokryte warstwą białej pleśni; zresztą przedstawiają skórę ciemnozielono nasiąkłą, w bardzo wielu miejscach pozbawioną przyskórka i oślizłą.

3) Po złożeniu części zwłok a mianowicie obu części tułowia przekonano się, że pierwotna długość zwłok noworodka wynosiła 51 do 52 cm. Płeć żeńska.

4) Główka nieuszkodzona okazuje obwód 35 cm. Twarz zwłok obrzmiała; oczodoły próżne. Ze sklepienia główki złażą delikatne włosy wraz z płatami przyskórka.

5) Na szyi noworodka nie spostrzeżono nic uwagi godnego. Klatka piersiowa otwarta przedstawia w tylnej swej części bądź stwardniałe, bądź pleśnią pokryte reszki narządów, w których zaledwie domyślać się można, że są resztkami płuc i serca.

6) W miejscach, gdzie klatka piersiowa jest oddzielona od reszty tułowia, przedstawia się skóra nieregularnie strzępiasto i płatowo rozdzielona poniżej łuków żebrowych. Kręgosłup okazuje się oddzielony w wysokości kręgów lędźwiowych.

Oględziny wewnętrzne.

7) Sklepienie czaszki nie uszkodzone; kości czaszki rozwinięte odpowiednio ogólnemu rozwojowi płodu.

8) Opona twarda brudno zielonawo nasiąkła; po jej nacięciu wypływa treść czaszki, jako gęsta cuchnąca masa, w której nie można rozróżnić śladów budowy anatomicznej.

9) W jamie ust, u wejścia do krtani, ani w tchawicy nie dostrzeżono nic uwagi godnego oprócz jednostajnie ciemnozielonawego nasiąknięcia rozmiękłej błony śluzowej.

10) Badanie bliższe trzew klatki piersiowej nie ma celu wobec powyżej opisanego ich stanu.

11) Z trzew jamy brzusznej utrzymane nerki i część jelit a zwłaszcza jelito grube, zawierające obficie smółkę.

12) Od pępka odchodzi pępowina długa, przyschła do powłok brzusznych, cienka, kończąca się rozmiękłym i oślizłym końcem, przylegającym do tylnej części resztek tułowia.

13) Nóżki płodu, względnie jeszcze najlepiej utrzymane okazują się zaokrąglone i rozwinięte tak, jak u płodów zupełnie donoszonych. Jądra kostne w dolnych nasadach kości udowych mierzą po $1/2$ cm. Paznogcie u palców nóg dobrze rozwinięte.

14) Badanie osobno leżących rączek płodu wraz z łopatkami okazuje, że skóra w miejscach odjęcia od tułowia jest równą; nacięcia części miękkich nie przedstawiają nic uwagi godnego.

Resztek łożyska w trumience nie znaleziono.

Orzeczenie.

1) Pomimo zmian gnilnych, posuniętych dosyć daleko a wobec przebywania zwłok w grobie przez pięć tygodni zupełnie naturalnych, jesteśmy w stanie już na podstawie samej sekcyi zwłok orzec stanowczo, że śmierć Maryi Ł. nastąpiła w skutek rozległego włóknikowego zapalenia otrzewny. Przyczyną tej śmiertelnej choroby było pęknięcie szyi macicy, w przebiegu porodu płodu zupełnie donoszonego. Rozległość zmian zapalnych na otrzewny wskazuje, że pęknięcie macicy powstało na, co najmniej, 24 lub więcej godzin przed śmiercią.

2) Zestawiając treść doniesienia i podań męża zmarłej, z wynikiem sekcyi matki i płodu i polegając na doświadczeniu lekarskiem, wyrażamy przekonanie, że w przypadku niniejszym był widocznie poród nieprawidłowy z powodu poprzecznego położenia płodu. Pomoc lekarska, niewątpliwie znacznie spóźniona, miała za zadanie uwolnienie płodu z łona matki przez rozczłonkowanie, które wykonano celem ratowania rodzącej. Co do wszelkich innych okoliczności ważnych w niniejszym przypadku, gotowi jesteśmy wydać orzeczenie po przesłuchaniu otoczenia Ł. w czasie porodu a zwłaszcza po przesłuchaniu lekarza, który niósł pomoc tej osobie.

Pierwsza z babek wiejskich wezwana do rodzącej podała:

Do porodu Maryi Ł. przybyłam 1. Listopada i zastałam ją chodzącą po izbie wśród bólów porodowych. Zbadawszy ją dostrzegłam w międzykroczu wyglądające palce rączki dziecka a trudniąc się odbieraniem dzieci od lat kilku, zaraz poznałam, że poród nieprawidłowy i oświadczyłam, że temu rady nie dam; więc też mąż Ł. zaraz sprowadził drugą kobietę trudniącą się odbieraniem dzieci, która to samo oświadczyła i obie poleciłyśmy mężowi, aby sprowadził akuszerkę z N. Ja tylko sama położnicę suchą ręką po brzuchu rozcierałam, lecz żadnego rękoczynu nie przedsiębrałyśmy. Ł. przywiózł akuszerkę egz. z N., ta również opatrzywszy położnicę powiedziała, że koniecznem jest przywiezienie lekarza, który nadjechał pod wieczór i oświadczył, że poród jest trudny i konieczną jest operacya. Lekarz miał przyrządy szklące, ale niemi nie mógł dać rady; zażądał drutu, następnie haka. Podano mu hak od drzwi, który namoczył w jakiejś wodzie, którą miał przy sobie. Odciął najpierw rączkę wypadającą, następnie drugą, wreszcie cały płód wyjął. Operacya trwała więcej niż godzinę; lekarz chorą zaopatrzył i odjechał. Po jego odjeździe chora przez noc i następnego dnia miała się lepiej; później nastąpiła gorączka i chora o północy z czwartku na piątek t. j. z 2. na 3. Listopada umarła. Lekarz przed operacyą długo medytował a nie mając, mojem zdaniem, innego sposobu celem ratowania życia chorej, jak mógł, sobie radził. Płód był z początku żywy, bo widziałam, jak paluszkami ruszał.

Druga babka wiejska Magdalena K., 70-letnia podała:

Dnia 1. Listopada udałam się do żony Ł., zastałam tam Salomcę a obejrzawszy chorą spostrzegłam, że z międzykrocza wystaje rączka dziecięcia; oświadczyłam przeto mężowi, że temu ani ja, ani żadna kobieta nie da rady, że konieczna jest operacya. Wtedy mąż Ł. udał się po akuszerkę do N. Ta sięgała ręką do przyrodzenia rodzącej; my jednak mówiłyśmy, żeby dała spokój, i kazałyśmy jechać po doktora. Doktor za przybyciem obmył sobie ręce mydłem, wysmarował rękę oliwą a nie mogąc dać rady ręką, kazał sobie otworzyć instrumenta; powiedział do akuszerki, aby mu podała nóż i odciął dziecięciu naprzód wystającą rączkę, następnie zażądał haka, kazał mi go wyczyścić i zamoczonym w jakiejś wodzie hakiem dziecko z łona matki wydobył.

Gdy przybyłam do rodzącej, żyło dziecko w łonie matki, gdyż ruszało paluszkami; gdy lekarz nadjechał, rączka była już całkiem zimna i sina, z czego wnoszę, że dziecko musiało już nie żyć. O ile mi się zdaje, chodziło doktorowi o uratowanie życia matki. Po operacyi doktor zwątpił zaraz o życiu matki, bo nawet wyrażał się: „kobieto, gdybyś ty do N. przyszła, dałbym niewiem co“.

Wreszcie przesłuchany Dr. A. w charakterze podejrzanego podał:

Zawezwany przez męża nieboszczki Ł., skoro przybyłem, nie wiedziałem nawet, jaki jest stan, zwłaszcza, że ów Ł. podał mi, że żona jego tuż ma rodzić. Zabrałem ze sobą to, co za najkonieczniejsze uznawałem a przybywszy na miejsce zastałem położenie poprzeczne zaniedbane, z wypadnięciem rączki lewej, która nadzwyczaj obrzękła, sino zabarwiona i pęcherzami żółtymi pokryta, sterczała po staw barkowy ze szpary sromnej. Brzuch znacznie wzdęty, twardy, w którym części płodu niewyraźnie wyczuć się dawały, mianowicie główka po lewej stronie nad wchodem miednicy, nóżki zaś po stronie przeciwnej. Na twarzy chorej wyraz głębokiego zapadu, tętno drobne, nitkowate, skóra lekkim a chłodnym pokryta potem, nierówne rozłożenie ciepłoty tak, iż niektóre miejsca ciała były chłodniejsze, niż prawidłowo. Stan ten kazał przypuszczać pęknięcie macicy, co było wskazówka, aby u kobiety względnie przytomnej najłagodniejsze sprowadzić rozwiązanie. Sprawę tę jedną metodą tylko załatwić było można, t. j. oddzieleniem główki, gdyż obrót na nóżki w takich stosunkach był niemożliwy. W tym celu, ponieważ do pochwy ręki swobodnie wprowadzić nie mogłem z powodu obrzęku kończyny dziecka, przeto rączkę tę w stawie barkowym odjąć byłem zmuszony; że zaś i do odjęcia główki z powodu ciasnoty miejsca przystąpić nie mogłem, więc zabrałem się do szybszego wypatroszenia płodu. Zabiegu tego dokonałem za pomocą palca, którym zarazem przełamałem i stos pacierzowy. Skoro jednak i po tym rękoczynie zaklinowane wyżej pośladki ściągnąć się nie dały, przystęp do nóżek za pomocą tępego haka był niemożliwy, haka zaś ostrego (Smelliego) nie posiadałem, zaimprowizowałem hak z drzwi odjęty, który wyczyściłem i w $5^0/_0$ roztworze karbolu desinfekcyonowałem i w ten sposób płód wyjąłem. Zaleciwszy leki skrzepiające i przepłukawszy części rodne jednoprocentowym roztworem kreoliny, pochwę wytamponowałem gazą i poleciłem chorą opiece akuszerki. Postąpiłem więc w tej mierze wedle najlepszej mej wiedzy i zasad nauki lekarskiej.

Akta, z których najważniejsze przytoczyliśmy, miały stanowić podstawę do wydania ostatecznego orzeczenia a mianowicie stosownie do wymagania ustawy zażądała prokuratorya rządowa orzeczenia w tym względzie, czy przy pomocy

udzielonej położnicy Maryi Ł. i przy operacyi przedsięwziętej na rodzącej popełnił Dr. A. takie błędy, któreby wykazywały nieświadomość (§. 356 u. k.)? czy użycie haka, stanowiącego okaz czynu, świadczy o takim błędzie i braku wiadomości? ewentualnie, czy śmierć Maryi Ł. z przewinieniem podejrzanego pozostaje w związku przyczynowym?

Obducenci orzekli ostatecznie jak następuje:

1) Przypuszczenie, któremu wyraz daliśmy już w orzeczeniu swojem bezpośrednio po dokonaniu sekcyi zwłok Maryi Ł. a mianowicie, że u osoby tej odbywał się poród nieprawidłowo z powodu poprzecznego położenia płodu, stwierdzają ponad wszelką wątpliwość podania niewiast, które najpierw wezwano do rodzącej, podania akuszerki a wreszcie podania p. Dra A. Doświadczenie lekarskie poucza, że w takich okolicznościach, jak w tym przypadku, ukończenie się porodu siłami natury bez zabiegu operacyjnego jest wręcz niepodobieństwem; doświadczenie to stwierdza nadto, że w braku odpowiedniej pomocy lekarskiej albo gdy pomoc lekarska jest bardzo spóźnioną, giną wśród takich stosunków i płody i rodzące, których śmierć następuje po pęknięciu szyi macicy i następnem, ostrem zapaleniu otrzewny.

2) Przy porodzie Ł. pomoc lekarska była tak bardzo spóźnioną, iż o ratowaniu płodu, który obumarł jeszcze nawet przed przybyciem akuszerki, zgoła mowy być nie mogło. Jedynem zadaniem lekarza było ratować rodzącą a gdy zabieg operacyjny, polegający na obrocie płodu i zmianie położenia poprzecznego na położenie podłużne był do wykonania niemożliwym, jak to bywa zawsze w przypadkach takiego „zaniedbanego położenia poprzecznego“, gdy nadto lekarz, jeżeliby nawet nie był rozpoznał, to w każdym razie mógł i powinien się był obawiać pęknięcia macicy, było według zasad nauki koniecznem wydobycie martwego płodu, po dokonaniu t. zw. embryotomii czyli rozczłonkowaniu jego.

3) W tym celu jest w takich przypadkach w powszechnem użyciu hak żelazny, zwany hakiem Brauna lub odmiana tego narzędzia, hak Smelliego, którym dokonywa się podzielenia ciała płodu, aby je usunąć z łona matki.

Lekarz może i powinien używać takiego narzędzia, jakie uważa za odpowiednie i prowadzące do celu, aby niem tylko nie sprowadził szkody dla operowanego. To też użycia przez Dra A. haka nam okazanego nie możemy żadną miarą uważać za błąd, któryby mógł świadczyć o braku wiadomości ze strony lekarza, skoro użycie tego haka doprowadziło do celu a dla rodzącej z żadną szkodą połączone nie było.

4) Jak w poprzedniem swojem orzeczeniu już wyraziliśmy, stanowiło ostre zapalenie otrzewny najbliższą przyczynę śmierci Ł. Powstało ono po i w skutek pęknięcia macicy, naturalnego i zwykłego następstwa długotrwałego porodu przy poprzecznem położeniu płodu. Pęknięcie to powstało niewątpliwie wcześnie przed przybyciem lekarza, jak o tem przekonywają podania świadków. Wobec tego też śmierć Maryi Ł. uważamy wyłącznie za wynik sprawy powstałej przed przybyciem lekarza, którego całe działanie mimo rozpaczliwych w tym przypadku okoliczności uznajemy za zgodne z zasadami nauki lekarskiej a tem samem wykluczamy istnienie związku przyczynowego pomiędzy jego działaniem a śmiercią Maryi Ł.

5) Gdyby w końcu z okoliczności, że w przypadku tym użyto narzędzia, którego należyte oczyszczenie było znacznie utrudnionem, chciano uczynić zarzut lekarzowi, to zarzut ten jest nieusprawiedliwiony wobec tego, że w przypadku niniejszym narzędzie trafnie zaimprowizowane stykało się przedewszystkiem z ciałem płodu, na usunięciu którego zależało i nie pośredniczyło w przeniesieniu zakażenia, które w czasie zabiegu operacyjnego istniało już u Ł. w następstwie pęknięcia macicy. Co niniejszem jako.....

Za kilkomilową podróż, ciężki zabieg w rozpaczliwym przypadku, za działanie pełne poświęcenia otrzymał Dr. A. jedyne honoraryum: wezwanie do sądu, aby być przesłuchanym w charakterze podejrzanego Przez szereg dni a może tygodni żył pod wpływem n i e o b a w y, bo obawiać się nie mógł i nie powinien był żadnej odpowiedzialności, lecz słusznego i przykrego rozgoryczenia, jakie sprawić musiało postąpienie kolegi. Zapewne troska o dobro mieszkańców odległej wioski stała się przyczyną badania, co tam robił Dr. A., ta sama troska o dobro i chęć „zapobiegania nadużyciom“ skłoniła magistra chirurgii do denuncyacyi z powodu „błędu w sztuce“.

Ogłaszając szereg niniejszych opisów kazuistycznych, mamy na celu wskazanie, że na błędach innych najlepiej nauczyć się można. Niechaj i ten przypadek przekona o błędzie, lecz nie ze strony tego, przeciw któremu dochodzenie było zwrócone, lecz o błędzie ze strony tego, który zamiast jąć się innych prostszych i naturalniejszych sposobów wyjaśnienia przedmiotu dla siebie niezrozumiałego, zamiast przybierania wobec wieśniaków roli inkwizytora, która zdolną była wzbudzić podejrzenie w wieśniaku i tak zabobonnym i podejrzliwym, nie skorym do szukania pomocy lekarskiej, wolał z odkryciem własnych słabych stron w ortografii i znajomości języka ludności, wśród której i z której żyje, donieść władzy o domniemanem przekroczeniu, aby chociaż chwilowo tryumfować w miejscu i okolicy nad lekarzem, który nietylko prawością, lecz zdolnościami i uznaniem, jakie znajduje pośród publiczności, znacznie go przewyższa.

Opis przypadku niniejszego pod względem naukowym nie wymaga może bliższych wyjaśnień. Na orzeczenie, jakie obducenci wydali, zgodzą się zapewne i specyaliści. Opis tego przypadku, to odkrycie jednego drobnego szkicu ze stósunków wzajemnych pomiędzy lekarzami, ale nie tylko w miasteczku prowincyonalnem. *Mutatis mutandis* istnieje to wszędzie, wszędzie bowiem są ludzie, którzy dla chwilowego tryumfu lub posłuchu przypadkowego grona słuchaczów nie wahają się urządzać krucyaty przeciw koledze mimo łatwości przekonania się o stanie rzeczy, chociażby przez proste zapytanie kolegi, o którego się rozchodzi.

W przypadku tym wyjaśnienie sprawy nastąpiło za pośrednictwem dochodzenia sądowego. Sami doświadczyliśmy w przypadku, który ogłosimy w dalszym ciągu niniejszej kazuistyki, jak trudno uchylić podejrzliwie szerzone rekryminacye nie prostą drogą piśmiennego doniesienia do prokuratoryi, lecz szerzone zdradliwym manowcem poufnej pogadanki.

III. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Co do formy drgań, najczęściej spotykano drżenie kołowe (*n. rotatorius*), według Romiee'go 70%, rzadziej poziome (*horizontalis*), 17%, jeszcze rzadszem jest pionowe (*verticalis*), 11% i skośne (*obliquus*), tylko 7%. Według Niedena: *n. rotat.* 77·5%, *oscillat.* 15% a *mixtus* 7·5%. Szybkość drgań z osobna pozostaje w związku z ich częstością i z wychyleniem: im częstsze i krótsze drgania, tem są szybsze. Zdaje się, że takie bardzo szybkie, krótkie a częste drgania mniej choremu w widzeniu przeszkadzają, niż powolniejsze, dłuższe i rzadsze. Wychylenie mierzone na łuku (*amplitudo*) w ogóle waha między 2 mm. a 1 cm., liczba zaś drgań 80—140 na minutę (Dransart), 60—100 (Snell), 120 do 500 (Romiee). Dalej ważną jest ta okoliczność, że choremu daje się drżenie to we znaki, skutkiem tego, iż przedmioty, na które się patrzy, wykonywają w czasie napadu pozorne ruchy; ma jednak tę dobrą stronę, że jest uleczne.

Przed wystąpieniem wybitnego *nystagmus* widział Pechdo pewien rodzaj okresu zwiastunów, w wielu przypadkach mógł bowiem zauważyć następujący objaw, występujący stale przez czas dłuższy, zanim przyszło do wybitnego drżenia ócz: Górnik bezpośrednio po opuszczeniu kopalni nie był panem swoich ruchów oczyma, mimowoli unikał ich nawet, zastępując je odpowiedniem zwracaniem głowy a gdy mu się kazało wykonać jaki ruch oczyma, to robił to z natężeniem i przerwami. U takiego zawsze prędzej lub później występował *nystagmus*.

W niektórych przypadkach łatwo przy pobieżnem badaniu przeoczyć to drżenie ócz; aby tego uniknąć, radzą kazać patrzeć się badanemu na przedmiot trzymany w odległości 20 do 30 cm. i w górze. Wtedy *nystagmus* zawsze wystąpi, jeżeli badany jest nim dotknięty. Najlepiej też badać zaraz po wyjściu z kopalni, bo objawy są wtenczas najwybitniejsze. Być może, że temu przeoczaniu *nystagmus* przypisać należy, że niektórzy autorowie tak małą, inni zaś tak wielką podają odsetkę. Dransart odróżnia nadto dwie formy drżenia ócz u górników: lekką i ciężką; pierwsza występuje tylko po robocie w kopalni, druga tak przy pracy, jak i poza kopalnią a często wikła się z niedowładem akomodacyi.

Upośledzenia wzroku przy drżeniu ócz górników nie ma, w przeważnej liczbie znaleziono tylko wadę refrakcyi i to hipermetropię, czasem astygmatyzm, rzadko spotykano *nystagmus* w oczach miarowych. Zboczeń innych nie widziano. Romiee w niektórych przypadkach mógł stwierdzić drgania głowy przeciwne drganiu ócz a Reuss drgawki powiek. W niektórych razach znaleziono kurzą ślepotę. Romiee zwraca jeszcze uwagę na bardzo często spotykane, charakterystyczne ustawienie głowy, polegające na mocnem zwróceniu jej ku górze. Chory taki chodzi z wysoko zadartą głową, aby przez to nadać oczom swym ten kierunek, w którym *nystagmus* ustaje lub przynajmniej staje się najmniejszym.

Zbierając wszystko, co dotychczas powiedziałem, widzimy, że *nystagmus* górników przedstawia następujące cechy:

1) Zboczenie to jest pierwotnem a nie następowem; jest ono nabytem w późniejszym wieku a nie wrodzonem.

2) Środki łamiące i dno oka nie okazują zboczeń.

3) Bystrość wzroku jest prawidłowa.

4) Nadzwyczaj częstą jest wada refrakcyi w postaci hipermetropii (nadmiarowości), jakkolwiek zdaniem Snella, Dransarta i Niedena, wada refrakcyi nie odgrywa w powstaniu tego *nystagmus* żadnej ważniejszej roli.

5) Występuje napadowo; są więc chwile, w których nie ma *nystagmus*.

6) Napad występuje w przeważnej liczbie przypadków tylko przy pewnem ustawieniu ócz, mianowicie przy patrzeniu w górę a ustaje lub zmniejsza się wybitnie przy patrzeniu w dół.

7) Zwiększa się a względnie występuje, w pewnych pozycyach ciała, n. p. leżeniu na wznak lub schylaniu się (Bell).

Podczas napadu przedmioty, na które chory patrzy, poruszają się pozornie, stósownie do drgań ócz.

9) Wpływów dziedzicznych, przynajmniej zdaniem Romiee'go wykazać nie można.

10) Stan ogólny chorego jest dobry, albo chory okazuje tylko gorsze odżywienie i niedokrewność niskiego stopnia.

11) Jest cierpieniem uleczném, lecz powraca łatwo.

Jakaż jest przyczyna drżenia?

W porównaniu z poprzedniemi grupami nie znachodzimy tu ani zmian anatomicznych w układzie nerwowym, ani żadnych czynników w samych oczach, bystrość wzroku upośledzających, któreby posądzić można o wywołanie tego zboczenia. Powstania *nystagmus* u górników nie możemy więc tłómaczyć w podobny sposób, jak u dzieci, lub w chorobach układu nerwowego. Muszą tu odgrywać rolę jakieś inne czynniki, których wykrycie napotykało przez czas dłuższy na trudności tak, że w dawniejszych pracach spotykamy się nie rzadko ze zdaniem, iż ten rodzaj *nystagmus* jest natury zagadkowej. A i obecnie, choć już nie brak rozmaitych teoryj, to właśnie wobec tego, że ich mamy kilka, że każda poparta jest licznemi dowodami, wnosić można, że wszystkie jeszcze zasługują tylko na miano hipotezy. Nie brak też i dziś autorów, którzy otwarcie przyznają, że przyczyny *nystagmus* u górników ostatecznie nie znają (Schmidt Rimpler w *Augenheilkunde und Ophthalmoskopie*, Vossius w swoim podręczniku, Goldzieher i t. p.).

Chcąc wykazać przyczynę tego rodzaju drżenia, poczęto śledzić pilnie, w jakich okolicznościach ludzie nim dotknięci zmuszeni są pracować. Rozpatrując to, przekonywamy się, że:

1) Napotyka się je jedynie u górników, zatrudnionych w kopalniach węgla, gdzie powietrze przepełnione jest szkodliwemi gazami.

2) Już Schroeter zwrócił uwagę, że z pośród zatrudnionych w kopalni tylko ci chorują, którzy wyrębują węgiel, t. zw. *Kohlenhauer* a nie zapadają, albo rzadko cieśle lub ci, którzy węgiel odrąbany do szybu przewożą. To samo potwierdza Nieden, wykazując nadto, iż z reszty robotników, jeżeli który cierpiał na *nystagmus*, to poprzednio był zatrudniony przez dłuższy czas przy wyrębywaniu.

3) Pracują oni przez cały czas w przestrzeni pozbawionej światła dziennego, oświetlonej skąpo światłem sztucznem i to przeważnie lampkami bezpieczeństwa Davyego lub

innych systemów, które dają gorsze i słabsze światło, niż zwykłe lampki górnicze.

4) Bardzo często, nieraz przez kilka lub kilkanaście godzin w jednym ciągu zajmować muszą przy pracy pewną pozycyę męczącą, którą n. p. Bell tak opisuje: górnik zatrudniony wyrębywaniem węgla leży na boku prawym lub lewym, jedną nogę ma zgiętą, ciało jego opiera się na biodrze i barku, głowa jest ku barkowi przechylona a twarz nieco ku stronie przeciwnej zwrócona. Chory nasz na zapytanie w tej mierze zupełnie w ten sam sposób opisał mi a nawet pokazał pozycyę, którą przy pracy najczęściej zajmował. Prócz tego praca takiego górnika wymaga mocnego zwrócenia óez prosto ku górze lub częściej ku górze i ku prawej a względnie lewej stronie.

Stósownie do przytoczonych okoliczności, zestawionych z objawami, które drżenie óez przedstawia u górników, mamy głównie trzy teorye, starające się wytłómaczyć przyczynę tego cierpienia.

Jedni obwiniają o to gazy kopalniane, drudzy złe oświetlenie, inni wreszcie natężenie mięśni ocznych i męczącą pozycyę ciała. Każdy obóz ma swych poważnych i wybitnych przedstawicieli i przytacza na obronę swego twierdzenia dowody na licznym oparte materyale. Nie brak też i pośredników, którzy w połączeniu dwóch lub wszystkich trzech czynników upatrują ostateczną przyczynę i bodaj, czy ci nie są najbliżsi prawdy. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

W sprawie przeszczepialności raka.

Podał

Doc. Dr. Aleksander Rosner,

I-szy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Przeszczepiania raka z człowieka na człowieka dokonano zaledwie kilka razy. Fabre opowiada, że Alibert przeszczepił w r. 1808. na swoje ramię raka sutka; to samo powtórzył na kilku innych osobach, będąc widocznie o nieprawdopodobieństwie pomyślnego wyniku przekonanym. W 80 lat później Hahn z wiarą w rezultat przeniósł raka sutka na pierś zdrową pacyentki i miał sposobność obserwowania rozwoju przeszczepionego kawałka. Podobne doświadczenia z równie dobrym dla badacza wynikiem wykonał anonim, którego pracę cytuje Cornil.

Temi wszystkiemi doświadczeniami udowodniono niezbicie przeszczepialność raka. Patologia, która po dziś dzień nie może rozwiać ciemności, w jakich pogrążona jest etyologia raka, pragnęła oprzeć się na tej przeszczepialności i w ten sposób dopomódz sobie do stworzenia lub poparcia nowej w tym względzie teoryi. Zdawało się, że od przeszczepialności jeden tylko krok do zakaźności. Wprawdzie liczne badania, mające na celu wyszukanie i wyosobnienie pasorzyta raka, zebrane skrzętnie przed dwoma laty przez Kryńskiego, nie dały niewątpliwych, pewnych, dodatnich wyników, wprawdzie nad „wielkiemi“ odkryciami w rodzaju bacillusa Scheuerlena, nauka przechodziła rychło do porządku dziennego, to przecież nie da się zaprzeczyć, że teorya pasorzytnicza zdobyła sobie w stosunkowo krótkim czasie spory zastęp zwolenników. W innych teoryach i hipotezach było coś nieuchwytnego, abstrakcyjnego, co miało tłómaczyć etyologię raka a w gruncie samo potrzebowało wyjaśnienia. Temu „zbłąkaniu się ognisk zarodkowych“ Cohnheima, „zmniejszeniu się ucisku tkankowego“ Thierscha i tej najbardziej fantastycznej „indukcyi żywotnej wzajemnej komórek na odległość“ Barda z Lugdunu, chętnie byłoby się przeciwstawiło coś konkretnego, uchwytnego, jak pasorzyt. To też nic dziwnego, że wszelkiemi metodami badania starano się znaleść te pasorzyty. Gdyby się one były dały odosobnić i przeszczepione sprowadziły nowotwór, rzecz byłaby się stała odrazu jasna. Ale tego dowodu nie było nigdy; zwolennicy teoryi pasorzytniczej zaczęli w przeszczepialności raka szukać podstawy dla swojej teoryi. I tak Duplay i Cazin, opierając się na cudzych doświadczeniach, własne bowiem nie doprowadziły ich do rezultatu, oświadczają, że wobec stwierdzenia przeszczepialności są zwolennikami teoryi pasorzytniczej.

Na ostatnim zjeździe chirurgów francuskich sprawę tę omawiano żywo i znowu na podstawie klinicznych spostrzeżeń i doświadczeń nad przeszczepialnością Mayet i Guelliot popierali tę teoryę. Guelliot uważa nawet wprost raka za chorobę zakaźną z bardzo długim okresem utajenia i to, powtarzam raz jeszcze dla tego, że da się przenieść z jednostki na jednostkę. Jaki błąd tkwi w tem rozumowaniu, nie liczącem się z tą okolicznością, że i tkanki fizyologiczne przenieść się dadzą z indywiduum na indywiduum, wykazał jasno i dobitnie prof. Browicz na zjeździe chirurgów polskich. Zwrócił on uwagę na ten szczegół, że rak ze skutkiem przenieść się da ze zwierzęcia na zwierzę tego samego lub bardzo pokrewnego gatunku, z człowieka zaś n. p. na psa nikt na pewne go nie przeszczepił. Choroby zakaźne, występujące zarówno u ludzi, jak i u zwierząt, dadzą się z jednego na drugi gatunek łatwo przenieść; dość wspomnieć o gruźlicy, wągliku, nosaciźnie. Przeciwnie tkanki fizyologiczne, przeniesione z jednego ustroju na drugi tego samego gatunku (Reverdina-Thierscha transplantacya) przyjmują się względnie łatwo, gdy przeniesione z ustroju gatunku niższego na ustrój gatunku wyższego przyróść mogą, ale nie rozrastają się, zupełnie podobnie jak rak. Embryonalne tkanki rozrastają się nawet w tych okolicznościach, ale w końcu ulegają resorpcyi. Jest to niewątpliwie właściwość tkanek fizyologicznych.

Uwzględniając to, mówi prof. Browicz: „bo w razie pasorzytniczego pochodzenia raka, przeszczepialność raka z człowieka na zwierzęta, u których rak pojawia się, jako samoistna choroba, nie zależałaby od tych właściwości...“ i konkluduje: „badania nad przeszczepialnością raka nie dostarczają podstawy do przyjęcia pasorzytniczego pochodzenia raka“. Z drugiej strony badania te nie mogą obalić ani osłabić żadnej z dotychczas istniejących teoryj i hipotez etyologii raka i, co najwięcej, dostarczają dowodu, że nietylko fizyologiczne, żywe komórki przyjąć się mogą na innym ustroju lub na innem miejscu tego samego ustroju, ale że i żywe, nieprawidłowo wytworzone komórki posiadają tę samą cechę. Tu i tam przeniesione komórki pełnią dalej te funkcye, które pełniły w miejscu, zkąd je przeniesiono; fizyologiczne odradzają się w miarę, patologiczne, rakowe rozpuszczają się w nieskończoność, niszcząc otaczające tkanki“.

Tak więc wolno stwierdzić, zgodnie ze zdaniem Browicza, Fabrea, Hanaua, Moraua i innych, że nauka teoretyczna szukająca podstaw do zbudowania teoryi etyologii raka nie może znaleść punkt oparcia w niewątpliwem wykazaniu przeszczepialności tego nowotworu.

Zupełnie inaczej ma się rzecz z praktycznym działem medycyny, dotyczącym operacyi raka. Ten może i powinien wyciągnąć facit z dodatnich wyników doświadczeń nad przeszczepialnością. Smutne rezultaty t. zw. doszczętnych (radykalnych) operacyj raka, zastraszająca częstość nawrotów, znane są powszechnie nawet w szerokich kołach publiczności, która skuteczności takich operacyj nie dowierza.

Nie myślę bynajmniej utrzymywać, żeby przeszczepianie raka podczas zabiegu, było tych nawrotów główną a tem mniej jedyną przyczyną. Zdaje się, że nie ulega wątpliwości, że pozostawienie osobnych mikroskopowych ognisk, znajdujących się często zdala od guza właściwego, dalej wczesne zajęcie gruczołów chłonnych głównie przyczynia się do tych smutnych wyników. Ale z chwilą, kiedy chirurgowie zapoznali się z tą okolicznością, powstał aksyomat, który jest też słusznie jak przykazanie przestrzegany, że wynik operacyi raka jest tem pewniejszy, im więcej usunie się tkanki pozornie zdrowej z nowotworem sąsiadującej i im gruntowniej usunie się gruczoły, stanowiące pierwszą stacyę nowotworu. Ginekologowie, mający najczęściej do czynienia z rakiem macicy, nie są zwykle w stanie tym wymaganiom zadość uczynić, raz dlatego, że sąsiedztwo moczowodów nie pozwala im przy usuwaniu nowotworu oddalać się zbyt od macicy, a powtóre z tej przyczyny, że gruczoły prowadzące limfę ze szyi macicznej a znajdujące się według badań Poirevia (Winter) tuż w sąsiedztwie *art. et vena hypogastrica* są najczęściej dla noża nieprzystępne. Winter pisze nawet, że całkowite usunięcie tych gruczołów nigdy nie będzie możliwe. Z drugiej strony ginekologowie są o tyle w korzystniejszem od chirurgów położeniu, że nie muszą przywiązywać wielkiego znaczenia do tego wyjmowania gruczołów; zdaje się bowiem, że nie ulega wątpliwości, iż rak szyi macicznej zajmuje gruczoły w ogóle bardzo późno. Winter, który kwestyę tę bardzo sumiennie opracował, oświadcza, że „rak zwykł wtedy dopiero zajmować gruczoły, kiedy przejdzie na tkankę łączną okołomaciczną". Również i przerzuty odległe nie są częste w przypadkach raka macicy. Gusserow w swojem dziele o nowotworach macicy kładzie nacisk na to, że rak macicy nietylko zaczyna się jako choroba miejscowa, ale też w przeważnej liczbie przypadków zachowuje do końca cechy choroby miejscowej, wcale się nie przerzucając. Również zwraca uwagę na to, że mimo, iż macica niesłychanie często jest siedzibą raka pierwotnego, przecież niezmiernie rzadko jest miejscem przerzutu. Winter zbierając cyfry sekcyjne Blaua, Wagnera i Dybowskiego, wykazuje, że w 255 przypadkach raka macicy, który doprowadził do śmierci, tylko w 64 przypadkach znaleziono odległe przerzuty a były to wszystko raki bardzo daleko posunięte. Winter badał zwłoki 44 kobiet zmarłych po wyjęciu macicy z powodu raka i w żadnym przypadku nie znalazł odległego przerzutu.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby nerwowe.

J. Schreiber (z Meranu): **Rozmaite postacie rwy kulszowej i ich leczenie.**

Na podstawie zbieranych od wielu lat doświadczeń, dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Wielka liczba przypadków, dostających się do leczenia jako *ischias*, nie jest nerwobólem lecz sprawą gośćcową; 2) Obie postacie chorobowe wyleczyć można zarówno zabiegami elektrycznymi i hydryatycznymi jako też mechanoterapią, ostatnia działa prędziej i pewniej; 3) Jeżeli elektryczność i woda nie skutkują, prowadzi mechanoterapia zwykle do celu; 4) Ciężkie, zadawnione cierpienia, polegające na tle gośćcowem, uważane za rwę kulszową, nie ustępują najszczególniejszemu nawet miesieniu; użyć należy bowiem obok tego racyonalnej gimnastyki leczniczej. *(Pestt med.-chirurg. Presse* Nr. 17. 1894).

Dr. Bf.

Furbringer: **O klinicznem znaczeniu punkcyi rdzenia pacierzowego.**

Sprawa punkcyi rdzenia *(punctio spinalis)* w celu rozpoznania i leczenia pewnych chorób mózgu i opon mózgowych, przedstawiana po raz pierwszy na zjeździe lekarzy niemieckich w roku 1891. przez Quinquego a później przez Ziemssena stała się ostatnimi czasami po kilkoletniej przerwie przedmiotem rozpraw i odczytów. I tak w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem poruszył tę sprawę autor na podstawie 100 punkcyj, wykonanych u 86 chorych. Punkcyę tę wykonał on według wskazówek podanych przez Quinquego a więc w pozycyi siedzącej chorego z udami do brzucha przyciągniętemi, wbijał igłę większej strzykawki Pravaza między 2 i 3 lub 3 i 4 wyrostkiem kończystym kręgu lędźwiowego, trochę z boku od linii środkowej ciała na 2 do 6 centymetrów głęboko, stosownie do grubości powłok. Nie używał do tego narkozy, bo zabieg ten uważa za łagodny; nie wykonywa także aspiracyi płynu, gdyż jest to bardzo bolesne, tylko po punkcyi pozwala dobrowolnie odpływać cieczy mózgordzeniowej. Ilość wydobytego płynu, wynosiła stosownie do przypadku, od kilku kropli tylko do 110 cm.^{3} Objawów ubocznych nie bywało, czasami ciecz wypuszczana bywała krwawą skutkiem zranienia naczyńka a niekiedy pojawiały się po punkcyi bóle w krzyżach i kończynach dolnych.

Między przypadkami, w których wykonano punkcyę, znajduje się 37 przypadków zapalenia opon gruźliczych; w cieczy otrzymanej przez punkcyę wykryto prątki gruźlicze a sekcya wykazała *meningitis tuberculosa*, w pozostałych 10 przypadkach kilka razy nie znaleziono prątków, mimo tego przy sekcyi rozpoznano gruźlicę opon mózgordzeniowych. W każdym razie w 80% badanych przypadkach gruźlicy opon znaleziono prątki gruźlicze a wobec tego nie waha się autor temu wykazaniu prątków gruźliczych przypisać takie same znaczenie, jakie przypisujemy wykazaniu prątków n. p. w plwocinach, to jest wynik dodatni dowodzi obecności gruźlicy, wynik ujemny zaś jej nie wyklucza. W *meningitis tuberculosa* nie można się było z góry spodziewać pomyślnych wyników leczniczych po punkcyi a jednak dostrzeżono poprawę pewnych objawów, n. p. zmniejszenie się drgawek, chociaż nie można tego powiedzieć o wszystkich przypadkach, gdyż niejednokrotnie mimo wypuszczenia pewnej ilości płynu nie ustępowały objawy t. zw. uciskowe.

Wybitną poprawę widział F. po punkcyi w przypadkach przewlekłego wodogłowia, gdyż po kilkorazowem wypuszczeniu zmniejszają się napady drgawek. W zapaleniu ropnem opon, płyn wydobyty był barwy śmietankowatej a badanie mikroskopowe i bakteryologiczne wykazało odpowiedne składniki ropy. Z 4. przypadków nowotworów uzyskano przez punkcyę w 2. z nich zmniejszenie bólu głowy,

natomiast pozostała punkcya bez skutku w *tabes dorsalis*, w moczniey. Na podstawie swego doświadczenia przyznaje F. punkcyi rdzenia znaczenie pomocniczego środka dyagnostycznego, dającego się zużytkować w pewnych chorobach opon mózgowych a zwłaszcza w zapaleniu gruźliczem, nie może jej jednak zupełnie odmówić także znaczenia leczniczego, przynajmniej uśmierzania pewnych objawów.

W żywej dyskusyi w której zabierali głos Fraenkel, Goldscheider, Ewald, Heubner, zwracano uwagę na znaczenie punkcyi, tego tak łagodnego zabiegu dla celów dyagnostycznych a mianowicie dla wykazania obecności lub braku prątków gruźliczych, składników ropy lub brak ich obecności, krwi i t. d., co może nam niejednokrotnie oddać dobrą przysługę w rozpoznawaniu choroby. Freyhau znów zwrócił uwagę na znaczenie ilości białka w płynie wypuszczonym; do największych jednak zwolenników punkcyi należy Heubner, który obok wielkiego znaczenia dyagnostycznego przyznaje punkcyi pewne, chociaż małe znaczenie lecznicze. Już w *meningitis tuberculosa* dotąd zupełnie bezsilni, możemy zmniejszając objawy uciskowe osłabić lub usunąć trwające nieraz godzinami tak straszne dla otoczenia drgawki. W przypadku ostrego wodogłowia zapalnego ustąpiły także drgawki natychmiast po punkcyi. Najwięcej jednak przemawiał H. za wykonywaniem punkcyi w wodogłowiu przewlekłem nie dlatego, aby w ogóle wodogłowie można przez punkcye leczyć, ale dlatego, aby znając te straszne skutki ucisku nagromadzonego płynu na substancya mózgową ucisk ten zmniejszać przez tak łagodny i nieszkodliwy zabieg. Na dowód przytacza historyę choroby chłopca chorego na wodogłowie, u którego kilkakrotna punkcya miała skutek za każdym razem bardzo wybitny, jakkolwiek tylko przemijający.

Dr. Raczyński.

Terapia.

W. Winternitz (w Wiedniu): Leczenie wyprysku *(eczema)* borówkami.

Obserwując przez kilka tygodni w klinice prof. Winternitza, wartość lecznicza borówek w wyprysku *(eczema)*, nie mogę się powstrzymać, by nie zaznajomić Szanownych Kolegów ze skutecznością tego leku, jak również sposobem jego użycia i przyrządzenia.

Borówek, ale w odmiennej formie, jak obecnie, używał prof. Winternitz, jak wiadomo, już od dawna z bardzo dobrym skutkiem w niektórych chorobach błony śluzowej jamy ust, jelit i cewki moczowej; niedawno zaś został środek ten w innej nieco formie, jak poprzednio, przez prof. W. przypadkowo, bo jako przez specyalistę w hidroterapii, w ciężkiej formie wyprysku twarzy po raz pierwszy zastósowanym z nadspodziewanym rezultatem.

Środek tak prosty wzbudzi w niejednym z czytelników zdziwienie a może i chwilowe powątpiewanie o skuteczności tego przetworu.

Środek ten nie należy do przetworów często ogłaszanych (co osobiście stwierdziłem), które niejednokrotnie lekarzy w błąd wprowadzają a tem samem w praktyce po bezowocnem ich zastósowaniu zniechęcają do dalszych doświadczeń z nowymi środkami.

Z kilkunastu przypadków, leczonych w klinice W. ambulatoryjnie tym środkiem, nabrałem przekonania, iż środek ten jest znakomitym i jeśli w przyszłości dalsze jego zastosowanie nie stworzy nowej epoki przynajmniej w pewnej części chorób skórnych, to bezsprzecznie pozostanie on jednym z najdzielniejszych w leczeniu wyprysku, tem więcej, że obecnie używane w tej chorobie środki nie tylko, że często pożądanego rezultatu nie przynoszą, ale czasem sprowadzają nawet przykre następstwa, jak zatrucie, czego przy użyciu tego środka zapewne żaden z nas nie doświadczy.

Przetwór ten stósuje W. w *eczema acutum*, *chronicum*, *mycoticum*, w pokrzywce *(urticaria)* i prawie we wszystkich tych formach otrzymywał dotąd wyniki nadzwyczaj pomyślne.

Sposób przyrządzania tego środka, również i technika zastósowania, podobnie jak lek sam, bardzo proste.

Lek ten otrzymuje się z borówek (*baccae myrtillorum*), które przez 6—7 godzin gotuje się z pewną ilością wody, z dodatkiem kilku kropel *trae myrrhae*, lub rozczynu niezbyt mocnego kwasu salicylowego, następnie przecedza się przez płótno i celem dłuższego zachowania od zepsucia sterylizuje w słoiczkach szklanych. Lek ten powinien mieć gęstość rzadkiego powidła.

W ten sposób otrzymanym przetworem smaruje się pędzlem włósiennym, niezbyt miękkim, części skóry chorobą zajęte tak grubo, aby skóra przez powleczoną warstwę nie przeglądała; następnie pokrywa się to bardzo cienką warstwą waty zwykłej, która przytrzymuje się opaską kalikotową.

Po 24—48 godzinach zdejmuje się opaskę, przyschłą watę zbiera się palcami i wedle potrzeby powleka się powtórnie skórę tym lekiem; można także przed powtórnem zastósowaniem zmyć skórę letnim, nieco mocniejszym (niż fizyologiczny) rozczynem soli kuchennej, przyczem jednak potrzeba zaczekać, dopóki skóra zupełnie nie wyschnie.

W wyprysku ostrym, szczególniej u dzieci na twarzy, już jednorazowe użycie tego leku usuwa prawie doszczętnie chorobę; w wyprysku przewlekłym potrzeba jednak zastósować lek ten kilka a czasem kilkanaście razy; w wyprysku bowiem przewlekłym widzimy wprawdzie już po pierwszych kilku nasmarowaniach skutek uderzający, dalsze jednak smarowania działają w niektórych przypadkach już nie tak energicznie i w tych razach pokrywa W. od czasu do czasu watę jeszcze ceratką lub papierem woskowym, przyczem widzimy działanie znów energiczniejsze. W tych przypadkach zdaje się, lek ten z czasem ulegnie pewnym modyfikacyom.

Wyniki, jakie dotąd otrzymano, chociażby jedynie w wyprysku ostrym, za pomocą tego leku, są zadziwiające i zniewalają do rychłego wprowadzenia tego środka w użycie praktyczne.

Dr. F. Kmietowicz.

Zapiski terapeutyczne.

81. L. Lewin: Pierwsza pomoc w otruciu (według wykładu na międzynarodowym kongresie higienicznym w Budapeszcie w r. 1894). Wszelka pomoc w ostrem otruciu powinna z początku zmierzać: 1) do wydalenia trucizny z ustroju jak najrychlej i najzupełniej, 2) do chemicznej zmiany trucizny, jeżeli można, tak, by ona czasowo lub stale straciła swe przymioty szkodliwe i 3) do usunięcia zboczeń wywołanych przez truciznę czy to w pewnych tylko narządach, czy w całem ciele.

Do celów tych zdążamy przez użycie pewnych środków mechanicznych, czysto chemicznych, lub farmakodynamicznych a rzeczą jest toksykologii rozstrzygnąć rychło, czego użyć w pewnym okresie danego otrucia. Oczywiście, że i tu trzeba koniecznie stósować się do każdego z osobna przypadku tem bardziej, iż nieraz strata kilku minut rozstrzyga o pomyślnem lub niepomyślnem jego zakończeniu się.

A) Wydalenie trucizny z ustroju.

Najczęściej oczywiście dostają się trucizny do żołądka, zkąd przechodzą do krwi i limfy; najczęściej też przeto chodzi o wypróżnienie żołądka. W wielu nawet przypadkach, w których przyszło do nadżarcia żołądka i przypadków ogólnych, jak kurczów, utraty przytomności, wypróżnienie żołądka prowadzi do zupełnego wyzdrowienia. Tak było już nieraz w otruciu kwasem karbolowym. Oczywistą jest rzeczą, iż skutek wypróżnienia żołądka zależy od czasu wykonania tej procedury i od samej trucizny. Tak n. p. w otruciu kwasem sinowodowym czyli pruskim wypróżnienie w 3 do 10 minut po zażyciu jest już zapóźne, gdy w otruciu fosforem, nitrobenzolem lub cukrem ołowianym jest ono bardzo pożyteczne nawet po $^1/_2$ do całej godziny; pary bowiem i gazy

dostają się do krwi rychlej, aniżeli substancye stałe, w żołądku rozpuszczające się lub nierozpuszczające.

Wypróżnienie żołądka wskazane jest zresztą nie tylko w przypadkach, w których już przyszło do objawów ogólnych działania trucizny, ale i w przypadkach, w których trucizna dostała się do ustroju przez wstrzykiwanie czy to podskórne, czy do jakiej jamy fizyologicznej lub patologicznej; wiadomo bowiem, iż wiele trucizn, jak n. p. morfina, jod i inne, wydziela się przez żołądek.

Do wypróżnienia żołądka mamy dwa sposoby: wzniecenie wymiotów i przepłukanie żołądka.

Wprawdzie większa część trucizn dostawszy się do żołądka, wywołuje wprost lub odruchowo wymioty, wymioty te jednak nie wystarczają prawie nigdy do zupełnego wydalenia trucizny ze żołądka; są bowiem trucizny, które tak mocno przylegają do ścian żołądka, iż ich wymioty w żaden sposób wyrzucić nie mogą. W takich razach oczywiście nie przyda się także na nic sztuczne wzniecenie wymiotów; wtedy nie tracąc czasu, należy przystąpić do wypłukania a względnie wymycia żołądka. Jest to najlepszy sposób zapobiegania wessaniu trucizny bez względu, czy przepłukuje się samą wodą, czy z dodatkiem działającym chemicznie na truciznę.

Do takiego przepłukania żołądka nadaje się najlepiej po prostu kateter elastyczny, gruby, o średnicy 8—10 mm. w świetle a długości $2^1/_2$ metra, do którego jednego końca można przytwierdzić zwykły przyrząd do ssania ustami, co jednakowoż nie jest rzeczą konieczną; jeżeli bowiem kateter wypełni się wodą i obniży dostatecznie koniec jego zewnętrzny, wypływa krew z żołądka na zewnątrz, jak przez lewar. Najodpowiedniej wszakże użyć w tym celu balonu kauczukowego ze stosownym wentylem, mającego 16 dłuższej a 8 cm. krótszej średnicy, łączącego się z dwiema rurkami gumianemi. Jedna rurka zanurzona jest w naczyniu z wodą, druga zaś wprowadzona do żołądka. Przez pociskanie balonu wpycha się wodę do żołądka; gdy jej tam już dosyć, można przez obrót balonu przeciwnie płyn wydobywać ze żołądka. Jeżeli użyta do tej procedury rurka kauczukowa ma ścianę grubą, nie ma obawy, by się zapadła.

Żołądek można przepłukać nawet u osób nieprzytomnych. Jeżeli jest szczękościsk (*trismus*) a nie ma luki między zębami, trzeba prędko wyjąć jeden ząb, by można wprowadzić rurkę do żołądka.

Jeżeli trucizna wiadoma, m o ż n a i t r z e b a w m i a r ę o k o l i c z n o ś c i d o d a ć d o w o d y u ż y t e j d o p r z e p ł u k a n i a p e w n y c h o d t r u t e k c h e m i c z n y c h. Tak n. p. w otruciu fosforem jest wskazany rozrzedzony roczyn siarkanu miedziowego, w otruciu kwasem karbolowym, takiż roczyn soli glauberskiej, w otruciu solą szczawikową (szczawianem potasowym kwaśnym) woda wapienna, w otruciu cukrem ołowianym roczyn siarkanu cynkowego, w otruciu chromem roczyny słabe soli ołownych i t. d.

W celu powstrzymania gwałtownych wymiotów można do przepłukania żołądka użyć słabych (0·05—0·1‰) roczynów kokainy, w celu zapobieżenia zapaleniu żołądka wody lodowej, w celu poskromienia krwotoków roczynu półtorachlorku żelaza.

Jeżeli z przyczyny obrzmienia języka i błony śluzowej gardła nie można dostać się do gardzieli (*oesophagus*), należy natychmiast przystąpić do ezofagotomii i przez otwór w ten sposób uzyskany wprowadzić rurkę do żołądka.

Jeżeli z jakiejbądź przyczyny nie można przepłukać żołądka a i nie ma wymiotów, t r z e b a w z n i e c i ć j e s z t u c z n i e.

W y m i o t ó w t y c h w s z a k ż e n i e w o l n o n i g d y w y w o ł y w a ć ś r o d k a m i o l e j n e m i i t ł u s t e m i, a l b o p o d a w a n i e m d o p o p i j a n i a c i e p ł e j w o d y; do tego nadają się tylko: 1) proszek gorczycy, zamaczony z wodą w stosunku 8—10 gramów na szklankę, 2) siarkan miedziowy (w ilości grama) i wodochlorek apomorfiny, w ilości 2 centygramów wstrzyknięty podskórnie.

Pierwszych dwóch oczywiście mogą bez żadnej trudności użyć i nielekarze.

U nieprzytomnych baczyć należy przez stosowne ułożenie głowy, by podczas wymiotów treść żołądka nie dostała się do dróg oddechowych.

Jeżeli trucizna przeszła już do jelit a osobliwie jeżeli to trucizna, która może dostać się do krwi dopiero za pośrednictwem jelit, jak to jest z płynami olejnemi, kwiatami i nasionami, wtedy wskazanemi są środki przeczyszczające a między niemi na pierwszem miejscu sól Seignetta w ilości 10 do 20 gramów, tudzież sól glauberska i gorzka.

Jeżeli otrucie nastąpiło przez dostanie się trucizn do jam w ciele czy fizyologicznych, czy patologicznych, można opisanego balonu z wentylem i rurami gumianemi użyć bardzo korzystnie do wydobycia tych trucizn przez aspiracyę, ewentualnie przepłukać owe jamy czy to wodą czystą, czy też zaprawioną stosownemi odtrutkami.

Zatrucie za pośrednictwem skóry może nastąpić środkami tylko: 1) żrącemi, 2) lotnemi, 3) rozpuszczającemi się w substancyach lotnych (wyskoku, eterze, chloroformie, dwusiarczku węgla), 4) rozdzielonemi bardzo subtelnie w tłuszczu i energicznie wtartemi w skórę.

Jeżeli takie trucizny, osobliwie z najniebezpieczniejszej w tej mierze gromady trzeciej dostały się na skórę, należy po zdjęciu sukien obmyć skórę mydłem i najzimniejszą, jak tylko można wodą.

Nadżarcia skóry należy leczyć naprzód stósownemi odtrutkami, n. p. nadżarcia od bromu roczynem kwasu karbolowego a następnie użyć zimnych okładów w celu zmniejszenia objawów zapalnych. Dopiero później wolno użyć wcierań z olejem lub tłuszczem.

B) C h e m i c z n e z o b o j ę t n i e n i e t r u c i z n y

jest jednem z najważniejszych i najpilniejszych zadań w przypadkach, w których się ono nadaje. Tak n. p. w otruciu kwasami wskazane są alkalia, w otruciu alkaliami kwasy itd. Jeżeli arszenik zażyty znajduje się jeszcze w żołądku, można spodziewać się, że pomyślnie zadziała wodnik żelazowy. Nie można się oczywiście spodziewać korzystnego działania odtrutki, gdzie ściana żołądka uległa nadżarciu a niczego zgoła, gdy trucizna dostała się już do krwi.

C) D z i a ł a n i e a n t a g o n i s t y c z n e w t r u c i z n i e.

Rzadko oczywiście zdarzy się lekarzowi, by go wezwano do niesienia pomocy przed wystąpieniem ogólnych objawów otrucia. Jeżeli one już są, należy wystąpić czynnie w miarę niebezpieczeństwa.

Takiemi przypadami groźnemi są:

1) znaczny upadek czynności serca,

2) przerwy w oddechaniu,

3) początek porażenia mózgu,

4) mocne kurcze i

5) znaczne zmiany ciałek krwi czerwonych, względnie barwika krwi.

Co do 1) Bardzo znaczne zwolnienie tętna lub częste przerwy w czynności serca są wskazówką do użycia środków podniecających mięsień sercowy i regulujących czynność jego nerwów. Ponieważ resorpcya zależy między innemi także i od energii krążenia krwi, przeto n i e w i e l e p r z y d a s i ę w t a k i c h p r z y p a d k a c h z a d a w a n i e ś r o d k ó w p o d n i e c a j ą c h p r z e z s k ó r ę, t. j. w s t r z y k i w a n i e i c h p o d s k ó r n e. O d b y t n i c a n a d a j e s i ę b e z p o r ó w n a n i a l e p i e j d o t e g o. Jakoż najrychlej trzeba oczyścić za pomocą owego opisanego już balonu odbytnicę i wprowadzić następnie do niej i to jak najwyżej środek skrzepiający, jakimi są amoniak (w stosunku 30 kropel na szklankę wody), wyskok w postaci n. p. koniaku (łyżeczka od kawy na szklankę wody i nieco gumy arabskiej), kamfora i napar kawy czarnej.

Jeżeli ma się przekonanie, że resorpcya przez tkankę podskórną jest dostateczna, najlepiej użyć *tinctura moschi* w ilości 3 do 4 gramów.

Prócz tego można z nader pomyślnym, często zadziwiającym skutkiem użyć gorących, jak tylko można, okładów na serce z wody, piasku lub papki, utrzymujących długo ciepło.

Co do 2). Większa część trucizn niebezpiecznych dla życia wpływa szkodliwie na oddechanie. Jeżeli to upośledzedzenie oddechania jest znaczne, należy wywołać odruchowo pierwszy wdech lub wzniecić sztuczne oddechanie. Pierwszy wdech uzyskać najrychlej i najpewniej, puszczając na kark ze znacznej wysokości prąd zimnej, jak tylko można wody. Przez podłożenie stosowne ręczników zapobiega się spływaniu wody na tułów a ztąd i jego oziębieniu.

W jaki sposób wzniecić sztuczne oddechanie, przypuszczając oczywiście, iż powietrze ma wstęp wolny do krtani, rozstrzygają okoliczności w danym przypadku. Można przeto otrutego obracać z boku na bok i ugniatać klatkę piersiową między łopatkami lub podnosić ramiona leżącego na grzbiecie ponad głowę, następnie przeto do góry i przyciskać do tułowia i t. p. Jeżeli ma się 2 lub 3 osoby do pomocy, można bardzo skutecznie użyć w tym celu wahań w ten sposób, że lekarz siedzący na stołku trzyma głowę otrutego między kolanami, pomocnicy zaś uchwyciwszy nogi, podnoszą tułów, jak tylko można najbardziej do góry, potem go opuszczają i to powtarzają rytmicznie.

Również skutecznie, zdaje się, można będzie użyć rytmicznych pociągań języka, zalecanych we Francyi przez Laborda. Jeżeli powietrze nie ma dostępu do płuc z przyczyny nabrzmienia lub opadnięcia ku tyłowi języka albo opuchliny głośni a wyciągnięcie języka ku przodowi nie pomaga, należy natychmiast przystąpić do tracheotomii, chociażby bez preparowania i w razie potrzeby wdmuchnąć powietrze przez kaniulę. To wdmuchnięcie powietrza jest bardzo skutecznem, jeżeli drogi oddechowe nie są zatkane a oddechanie wstrzymało się na długo.

Natomiast przestrzedz należy przed ulubionem przez nielekarzy podawaniem amoniaku, nawet nieprzytomnym do wąchania, które wywołuje zamknięcie się głośni na pewien czas.

Co do 3). Porażenie mózgu jest najczęściej skutkiem ciężkich zboczeń w krążeniu i oddechaniu, może jednak wystąpić i pierwotnie po pewnych truciznach. Najpierwszym przeciw niemu środkiem jest drażnienie nieustanne skóry, n. p. przez bicie jej lub przeprowadzanie otrutego popod pachy. Dalej skutkują wielkie gorczyczniki, przyłożone do podeszew, karku lub dołka podsercowego. Podobnie działa amoniak, którym napojone kompresy przykłada się do miejsc co właśnie wymienionych i pokrywa w sposób odpowiedni celem zapobieżenia parowania.

Również wskazane są środki już wyżej podane przeciw osłabieniu czynności serca.

Co do 4). Przeciw kurczom tężcowym wskazane jest wdechanie chloroformu lub eteru, dopóki innemi sposobami nie uda się wydalić trucizny z ustroju lub uczynić ją nieszkodliwą. Podobnież postępować trzeba w drgawkach padaczkowatych. Wstrzykiwania do odbytnicy naparu korzeni kozłka *(rad. valerianae)* skutkuje tylko w lekkich przypadkach kurczów klonicznych.

Natomiast nie wolno używać wodanu chloralu *(hydras chlorali)* z przyczyny jego szkodliwego wpływu na serce. Jeżeli już chodzi o rychłe uspokojenie chorego, najlepiej nada się do tego paraldehid w ilości 3 gramów, zmieszanych ze żółtkiem wstrzyknięty do odbytnicy.

Co do 5). Zmiany w ciałkach czerwonych i barwiku krwi wywołują trucizny właściwie na krew działające, jak tlenek węgla, siarkowodór, arsenek wodu, sulfonal, nitrobenzol, anilina, chloran potasowy i t. d. i przeto nie dozwalają wymiany gazów ze krwi w płucach.

W otruciu takiemi substancyami uważać należy z reguły za skuteczny jedynie upust krwi zepsutej obok wstrzymania dalszego dostawania się trucizny do krwi. Gdzie można, trzeba po upuście krwi wlać do żył fizyologiczny (0·6%) roztwór soli kuchennej z dodatkiem lub bez dodatku (0·1%) sody i to w ilości dwa razy większej, niż krew upuszczona. Przez to podnosi się ciśnienie krwi w naczyniach a skutkiem tego opuszczają ustrój produkta rozkładu krwi, nagromadzające się w nerkach i organ ten zatykające, pomijając już, iż podniesienie czynności nerek ułatwia wydalenie trucizny z ustroju.

To byłyby zdaniem autora do postępowania lekarskiego w otruciu najgłówniejsze wskazówki, z których nabiera się przekonania, iż pierwszem i najważniejszem jest tu działaniem wydalić truciznę z ustroju. *(Berl. klin. Wochenschrift.* 17. Czerwca 1895).

82. E. Timmermann (w Batesville): Leczenie padaczki *(epilepsia)*. Zdaniem autora atropina w połączeniu z nitrogliceryną nadaje się do leczenia padaczki, szczególniej u osób delikatnych i niedokrewnych, gdy u osób silnych i w prawidłową ilość krwi zaopatrzonych odpowiedniejszemi są przetwory bromu.

Do zapisywania atropiny podaje autor wzór: *Rp. Atropini sulfurici centigrmta sex, spiritus vini rectificati grmta 16, solutionis trinini (nitroglycerini) 1% spirituosi grmta 4.* MDS. Zażywać z wodą po jedzeniu trzy razy dziennie po 3 do 5 kropel.

Dawkę tę, obliczoną dla dorosłych można ostrożnie i powoli w miarę znoszenia leku powiększyć do 10 a nawet 12 kropel zażywanych również po trzy razy dziennie. *(La Semaine médicale.* 12. Czerwca 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie dnia 5. Marca 1895 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 12.

1) Na wniosek referenta prof. Dra Jaworskiego i po wysłuchaniu wyniku badań przez niego podjętych, uznano następujące przetwory i wyroby aptekarza p. Gustawa Otowskiego w Krakowie jako polecenia godne: *a)* Proszek mięsny *(pulvis carnis)*, wyrabiany z najlepszego mięsa, pozbawionego tłuszczu; *b)* Perełki ocukrzone z arsenianem sodowym, z których każda zawiera po 0·001 tego leku; *c)* Pigułki kreozotowe ocukrzone, zawierające po 0·05 kreozotu; *d)* Pastylki czekoladowe, zawierające po 0·001 nitrogliceryny. Są to te same wyroby, które produkował poprzednio właściciel apteki p. Feliks Sobierajski i które uzyskały polecenie Tow. lek. krak. Obecny sposób przyrządzania tych przetworów odpowiada w zupełności wymaganiom techniki farmaceutycznej, cena zaś wcale jest przystępną. Przetwory te śmiało więc zastąpić mogą podobne wyroby zagraniczne. (Wniosek ten Tow. lek. krak. potwierdziło na posiedzeniu w dniu 6. Marca b. r.).

2) Redakcyi czasopisma Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie uchwalono przesłać uzupełniony spis przetworów i wyrobów krajowych przez Tow. lek. krak. poleconych wraz z podziękowaniem za bezpłatne ogłaszanie spisów poprzednich.

3) Przyjęto do zatwierdzającej wiadomości starania podjęte przez Zarząd komisyi za współudziałem referenta prof. Dra Obalinskiego, by ułatwić p. M. L. Dobrowolskiemu założenia w Podgórzu fabryki przetworów opatrunkowych i farmaceutycznych.

4) W sprawie zdroju Karola w Krynicy, oddanego do użytku publicznego, na co zwrócono uwagę na posiedzeniu komisyi w dniu 12. Listopada 1894 roku i co wywołało reskrypt Wysokiego c. k. Namiestnictwa z dnia 30. Grudnia 1894 r. L. 97773, uchwalono zasięgnąć jeszcze dalszych informacyj.

5) Czekoladki z olejkiem rącznikowym nadesłane przez magistra farmacyi p. Otowskiego oddano do ocenienia prof. Drowi Pieniążkowi.

6) Przyjęto do wiadomości miesięczne świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach. Mleczarnia w Gnojniku świadectw wcale nie nadesłała.

7) W sprawie uprawy roślin lekarskich przyjęto referat prof. Czarnomskiego i mag. farm. Sobierajskiego treści, że obecna pora nie

jest stósowną, by zachęcać do uprawy tychże roślin na szerszą skalę, gdyż nie można zapewnić producentom sprzedaży korzystnej i dostatecznej dla celów leczniczych, do ocenienia zaś, o ile rośliny te liczyćby mogły na eksport lub na użycie do celów przemysłowych, potrzeba odpowiednich dat statystycznych. Równocześnie jednak na wniosek prezesa prof. Walentowicza uchwalono zwrócić się do pp. dyrektorów dóbr. Sieglera i Seelinga z uprzejmą prośbą, by raczyli przedsiębrać próby uprawy pewnych roślin lekarskich. Spis tych najodpowiedniejszych roślin przyobiecał sporządzić mag. farm. p. Sobierajski.

8) W sprawie zbierania roślin dziko rosnących uchwalono upraszać ponownie mag. farm. p. Sobierajskiego, ażeby wygotował popularną rozprawę zawierającą spis roślin dziko rosnących, czas i sposób ich zbierania i rozprawę tę umieścił w jakimś piśmie peryodycznem dla ludu przystępnem.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 27. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Prof. Jordan: O wartości rozmaitych sposobów myomektomii.

Dr. Aleksander Rosner: W sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych.

Dr. Świtalski: O wywołaniu sztucznego ropienia celem wyleczenia ropnicy.

Prof. Obaliński: Demonstracya rekonwalescentki po usunięciu mięsaka z jamy czaszkowej.

Tenże: Demonstracya preparatów dotyczących nowoczesnej chirurgii brzucha.

Wolkowicz (z Warszawy): Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych mających na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha (z demonstracya preparatów).

Tenże: Przyczynek do techniki nakładania szwów zwalniających.

— Profesorowie nadzwyczajni Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel., Drowie Henryk Jordan i Antoni Mars mianowani profesorami zwyczajnymi.

— Dr. Michał Zieleniewski, który, jak donieśliśmy w poprzednim numerze, obchodzić będzie jutro (28. b. m.) 50. rocznicę otrzymania doktoratu, urodził się w Krakowie w r. 1821 a po ukończeniu liceum św. Anny zapisał się w roku 1839. na wydział lekarski Uniw. Jagiel., w którym w dniu 28. Czerwca 1845. otrzymał stopień doktora medycyny, napisawszy rozprawę: *O przesądach lekarskich ludu naszego*. Przez dwa lata następne był Dr. Z. adjunktem kliniki lekarskiej prof. Brodowicza, następnie adjunktem kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Kwaśniewskiego, poczem powołany na lekarza rządowego w Krynicy, pozostawał na tem stanowisku przez lat 30 i położył na niem nadzwyczajne zasługi. Niezmordowany w pracy około balneologii krajowej, ogłosił drukiem 168 dzieł i broszur, między niemi: *Rys balneologii powszechnej*, *Słownik bibliograficzny zdrojowisk polskich*, *Rys balneoterapii* itd. i zasłużył się przez to bardzo tak naszym zdrojowiskom, jak i społeczeństwu.

— **Posiedzenie kraj. rady zdrowia z 11. Czerwca.** W Maju b. r. skończyła się 3-letnia kadencya. JEks. pan Minister spraw wewn. zamianował na nową kadencyę z dawnych członków rady Drów: Czyżewicza, Kadyjego, Opolskiego, Schrama i Widmana a w miejsce ś. p. Dra Cassiny, Dra Edw. Festenburga; Wydział krajowy Drów Merczyńskiego i Ziembickiego. Z mocy ustawy jest członkiem referent sanitarny c. k. Namiestnictwa, Dr. Merunowicz a dla spraw weterynaryjnych, krajowy weterynarz Tymoftjewicz. Z Izb lekarskich delegowani są Dr. Jakubowski z Krakowa i Dr. Ekhardt z Tarnopola. Delegaci z gremium aptekarskiego biorą udział w sprawach aptekarskich. Prócz tego powołuje prezydyum rady zdrowia do spraw szczególnych w razie potrzeby członków nadzwyczajnych. Sekretarzem rady jest inspektor sanitarny Dr. Lachowicz.

Posiedzeniu przewodniczył JEks. pan Namiestnik, który zwrócił uwagę na zasługi kraj. rady zdrowia i uwydatnił skuteczną jej działalność oraz wezwał do dalszej pracy a szczególowo do inicyatywy w sprawie asanacyi miast i miasteczek, oraz zwalczania chorób nagminnych. Wywiązała się w tej materyi dyskusya, w której prawie wszyscy członkowie brali udział. Podziękowano JEks. Namiestnikowi za popieranie skuteczne wniosków i przedłożeń rady zdrowia i z naciskiem wyrażono konieczną potrzebę uwzględnienia słusznych wymagań lekarzy urzędowych co do poprawy ich poborów, płacy i rangi, oraz wyrobienia lekarzom w ogóle większego i więcej, niż dotąd stanowczego wpływu na sprawy sanitarne kraju, oraz podniesienia powagi tego stanu i uwydatnienia jego rzetelnej i sumiennej pracy a często poświęcenia się dla ogółu.

Jednogłośnie wybrano prezesem rady zdrowia prof. Dra A. Czyżewicza a jego zastępcą prym. Dra W. Opolskiego. Obaj piastują te godności już lat sześć.

Ze spraw bieżących załatwiono rekurs przeciw urządzeniu fabryki przetworów chemicznych w Podgórzu, oraz samoistny wniosek co do obsadzania posad lekarzy kolei rządowych.

— Warszawa liczy obecnie 598 lekarzy, z których 515 zajmuje się praktyką lekarską, między nimi zaś specyalnie 175 medycyną wewnętrzną, 83 chorobami kobiet i położnictwem, 59 chorobami chirurgicznemi, 56 chorobami dzieci, 40 chorobami skórnemi i wenerycznemi, 28 chorobami układu nerwowego, 15 chorobami uszu, gardła, nosa i krtani, 15 chorobami oczu, 8 chorobami przewodu pokarmowego, 7 chorobami ogólnemi, 4 homeopatya.

— Temi dniami zaszedł w Krakowie przypadek śmierci na wściekliznę wiekowej obywatelki, ukąszonej przez małego psa pokojowego, przypadek będący wskazówką potrzeby energiczniejszego postępowania z właścicielami psów lekceważącymi sobie rozporządzenia władzy miejskiej i wynikające ztąd dla nich samych i ogółu niebezpieczeństwo.

— Na odbytym niedawno kongresie ginekologicznym w Wiedniu przytoczył Löhlein, że w piśmiennictwie lekarskiem znane były dotychczas tylko cztery przypadki, w których po 3 razy wykonano cięcie cesarskie na tejże samej kobiecie i dodał do nich dwa własne. W jednym z nich wykonał pierwsze cięcie cesarskie Kaltenbach, drugie zaś i trzecie Löhlein. Przy trzeciej operacyi oświadczyła pacyentka, iż nie pragnie mieć więcej dzieci, i prosiła, by się do tego zastosować przy operacyi; dlatego L. wykonał tym razem operacyą Porry. W drugim przypadku L. sam wykonał cięcie cesarskie trzy razy na jednej kobiecie; żeby jednak nie otwierać brzucha w miejscu blizny po pierwszej operacyi, poszedł z cięciem przy drugiej operacyi na lewo a przy trzeciej na prawo. Przy tej sposobności nadmienił Skutsch, iż wie o kobiecie, u której wykonano cztery razy cięcie cesarskie, dwa pierwsze razy w Jenie, trzeci raz w Lipsku u prof. Zweifla a czwarty raz znowu w Jenie. Szwy trzy razy były jedwabne, raz katgutowe. Wszystkie czworo dzieci żyją i mają się dobrze, równie jak ich matka.

— Jako odbitka z *Przewodnika higienicznego* wyszedł osobno artykuł p. W. Doleżana p. t.: *Wpływ moralności na śmiertelność* skreślony według odczytu Dra Höffela. Rzecz godna odczytania i rozważenia.

— Dziewiąty kongres chirurgiczny francuski odbędzie się w roku bieżącym 21. Października w Paryżu pod przewodnictwem Dra E. Boeckela. Na porządku dziennym dwie kwestye: chirurgia płuc (z wyjątkiem opłucny); sprawozdawcą Reclus, i interwencya operacyjna wczesna lub późna w przerwaniu ciągłości kości (z wyjątkiem czaszki i słosu kręgowego); sprawozdawcą Heydenreich.

Członkowie kongresu mają najpóźniej do 15. Sierpnia przysłać tytuł i wnioski ze swych prac na kongresie odczytać się mających sekretarzowi jeneralnemu (L. Picque w Paryżu, rue de l' Isly 8).

— Drugi międzynarodowy kongres położniczo-ginekologiczny odbędzie się w pierwszej połowie Września roku przyszłego w Genewie Na porządku dziennym: 1. Częstość i rodzaje zwężenia miednicy w rozmaitych krajach; 2. Leczenie operacyjne pochylenia macicy ku tyłowi *(retroversio uteri)*; 3. Leczenie ropienia w miednicy; 4. Sposoby zeszywania ścian brzusznych.

— Dyrekcya zdrojowiska Preblau w Karyntyi donosi, że w bieżącym sezonie, który zapowiada się bardzo dobrze, ordynować będzie tamże jako lekarz zdrojowy radca zdrowia, Dr. Jan Schaffer z Gracu.

— Oddawna występowali i występują lekarze przeciw sznurówkom; z jakim skutkiem, wiadomo powszechnie. Jest nawet w Anglii liga kobiet ku zreformowaniu ubioru niewieściego, ale wolno przypuszczać, że członkinie owego Towarzystwa noszą także sznurówki. Złośliwy sprawozdawca dziennika *La médecine moderne* idzie jeszcze dalej i twierdzi, że nawet doktorki medycyny nie zgodziłyby się na

zniesienie sznurówki, którą przecież muszą potępiać na podstawie swych wiadomości z fizyologii i patologii.

Drka Gaches-Sarraute zebrała w *Revue d'hygiène* wszystkie argumenta przeciw sznurówkom, oświadcza wszakże, iż przy obecnym sposobie ubierania się kobiet nie można myśleć o usunięciu tej części odzieży i dodaje, że „sama już od 10 lat pragnie gorąco, lubo nadaremnie uwolnić się od tej tyranii mody". Skoro przeto sznurówki znieść nie można, trzeba ją przynajmniej zmienić stósownie, by zdrowiu nie szkodziła i w tym celu podaje pani Gaches-Sarraute cały szereg przepisów, nadmieniając, iż gdyby kobiety zgodziły się na poświęcenie „tylko kilku centymetrów" ze swej kibici, mogłyby się uwolnić od wszelkich dolegliwości z tej strony.

Można być pewnym wraz ze sprawozdawcą *La médecine moderne*, że kobiety nie zgodzą się na poświęcenie tych „kilku centymetrów" i że model p. Gaches-Sarraute zostanie tylko pobożnem życzeniem, do którego, wolno wątpić, czy będzie stosować się sama nawet wynalazczyni.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 25. W. Kamocki: O mączkowatem zwyrodnieniu łącznicy. H. Oderfeld: W kwestyi szwu kiszkowego za pomocą guzika Murphyego. L. Nencki i J. Jaworski: Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek *Apolisin* przeciwgorączkowy i kojący (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 25. T. Boryssowicz: W sprawie szwu powłok brzusznych słów kilka (dok.). S. Grosglik: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania (dok.). Borsuk: Przypadek skurczowego skrzywienia kręgosłupa ku przodowi (*lordosis spastica*). — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie czerwcowym: B. Wicherkiewicz: Kilka słów o zaćmie wtórorzędnej i jej operacyi. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju. G. Jacobson: Trzy przypadki dyfteryi wyleczone surowicą Behringa. — W *Przewodniku higienicznym*, Zeszycie czerwcowym: A. Walentowicz: Mleko a gruźlica. W. Doleżan: Wpływ moralności na śmiertelność. J. Pawlikowski: Z epidemiologii miasta Lwowa w r. 1894.

— **Od Administracyi:** Dr. Dura z Krzeszowic przesłał na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla 3 złr.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list p. Maryana Zahradnika w Złoczowie oraz cennik jego kapsułek i perełek leczniczych „HYGEA".

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Przy kasie brackiej kopalni węgla c. k. uprzyw. kolei północnej cesarza Ferdynanda, jest do obsadzenia posada lekarza z siedzibą w polskiej Ostrawie (Zarubek) w Szląsku z dniem 1. Października 1895 roku pod następującemi warunkami:

1) Leczyć ma ten lekarz około 1600 członków kasy brackiej kopalni wymienionej, zamieszkałych w gminach: polska Ostrawa, Radwanitz, małe Kunczice, wielkie Kunczice, Barłowice i Ratimów, za zapłatą roczną od członka 1 złr. 25 ct.;

2) Co się tyczy praktyki prywatnej lekarskiej jest ona dozwoloną w wymienionych gminach, zaś poza temi gminami tylko za wyraźnem zezwoleniem przełożonego kasy brackiej;

3) O zaprząg ma się lekarz własnym kosztem postarać;

4) Wymaga się koniecznie znajomości języka niemieckiego i polskiego albo czeskiego.

Objęcie tej posady, może ewentualnie przed 1. Październikiem nastąpić. Wymaga się także 3-letniej praktyki po promocyi.

Co się tyczy instrukcyi dla lekarzy kasy brackiej, może petent wglądnąć w nie w inspektoracie górniczym kolei północnej w morawskiej Ostrawie i musi do takowej ściśle się zastosować.

Pisemne podanie ma być złożone na ręce przełożonego kasy brackiej kopalni węgla c. k. uprzyw. kolei północnej cesarza Ferdynanda w morawskiej Ostrawie a to najdalej do 15. Lipca 1895 r.

Załączniki lub dopiski podania muszą być urzędowo potwierdzone, podane w oryginale lub w odpisach, innych się nieuwzględnia.

Morawska Ostrawa 15. Czerwca 1895.

Zarząd kasy brackiej kopalni węgla c. k. uprz. kolei północnej cesarza Ferdynanda.

135—2—1

H. Schrott.

Stacya kolei
MUSZYNA-KRYNICA,
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Peszta 12 „

Zakład zdrojowy

KRYNICA

(w Galicyi)

najobfitsza szczawa żelazista.

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie,
Telegraf, Apteka.

W Karpatach 590 metr. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w roku 1894 wydano ich 40,000).

Kąpiele borowinowe parą ogrzewane (w r. 1894 wydano ich 16,000).

Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego.

Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specyalisty Dra H. Ebersa w r. 1894 wydano procedur hydropatycznych 28.000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych. Żentyca, kefir, gimnastyka lecznicza. Kąpiele rzeczne i spadowe.

Lekarz zakładowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 14 lekarzy wolno praktykujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w urocze Karpaty. Urządzenie dla różnych gier towarzyskich (krokiet, Lawn tennis i t. d.)

Mieszkania: Przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały Dom zdrojowy, kilka restauracyj. Kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21. maja. Stały Teatr. Koncerta. Zakład fotograficzny „Marya“ ze Lwowa. Czytelnia dzienników i wypożyczalnia książek.

Frekwencya w roku 1894. — 4650 osób.

Sezon od 15. Maja do 30. Września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpiel, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi zniżone.

Rozsyłka wody mineralnej: od Kwietnia do Listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu Lipcu i Sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p., udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień:

106—6—5 *C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.*

MATTONI's GIESSHÜBLER

reinster alkalischer
SAUERBRUNN

Mattoniego Giesshübler, naturalna szczawa alkaliczna, jest według zgodn. orzeczeń powag lek. jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżyt. cierpieniach narządu oddech. i pokarm. (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chrypki, w tych przypadkach najlepiej zmięszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie tej wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym. **Ostatnia okoliczność zasługuje na uwagę, albowiem łatwo zrozumieć, że wody zawierające sztucznie dodany CO_2, jakie obecnie wprowadz w handel, nie mogą zastąpić czystych naturalnych szczaw.**

Mattoniego szczawy Giesshübl. są głównymi reprezentantami wód, które obok wybitnego działania leczniczego posiadają tak czysty smak i taką obfitość wolnego CO_2, że ma najszersze zastósowanie jako napój stołowy.

Dzięki wielkiej ilości wolnego i związanego bezwodnika węglow. ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jej w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mieszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Mattoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Sauerbrunn koło Karlsbadu.
Franzensbad. Wiedeń. Budapeszt.

KROWIANKĘ

pewną i czystą

uznaną przez komisyę przemysł. Tow. lekarskiego krakowskiego jako najlepszą, odszczególnioną medalem Wysokiego c. k. Ministerstwa handlu na wystawie krakowskiej 1887 r. rozsyła koncesyonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

Józefa Freysingera

lekarza miejskiego w Lisku.

Cena 1 fioli na	2—4 osób	—	złr.	65 ct.
„ 1 „ „	10—15 „	1	„	— „
„ 1 flakonu na	50 „	2	„	35 „
„ 1 „	1 1/2 grm. na 100 osób	3	„	50 „

franko wraz z opakowaniem.

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum

Dra A. MAJEWSKIEGO

we Lwowie

przyjmuje chorych z zupełnem zaopatrzeniem i dochodzących do kuracyi.

Pensyonat dla leczących się u pp. specyalistów. 89—x—9

ŻEGIESTÓW

w Galicyi nad Popradem
stacya pocztowa, kolejowa i telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista, skuteczna w chorobach kobiecych i anemii. Lekarz zdrojowy Dr. Wł. Hojnacki.

Pora kąpielowa trwa od 20. Maja do końca Września.

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hidropatyczne i popradowe. 115—8—7

Woda Żegiestowska znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 6. Lipca 1895 r. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
[illegible]

Ekspedycya miejscowa:
[illegible]

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie [illegible]

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego [illegible]

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wpływie ropienia aseptycznego wywołanego sztucznie na przebieg nowotworów złośliwych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

I-szy asystent kliniki.

Poglądy na powstawanie zapaleń ropnych w ciągu ostatnich lat 8-miu uległy gruntownej zmianie. W miejsce dawnych teoryj z czasów przedbakteryologicznych, w miejsce jednostronnych zapatrywań późniejszych co do wyłącznie pasorzytniczego powstawania zapaleń ropnych, uważamy dziś ropienie za odczyn zapalny tkanek na działanie pewnych bodźców chemicznych, będących w odpowiednim stopniu stężenia; bodźce te, stósownie do swego pochodzenia, stanowią dwie odrębne grupy a mianowicie: jedne z nich przedstawiają wytwory działalności żywotnej drobnoustrojów różnych rodzajów, drugie zaś są to ciała chemiczne czyste, nic wspólnego z bakteryami nie mające. Działanie ropotwórcze tych ostatnich, długi czas przyjmowane z niedowierzaniem przez zwolenników wyłącznie pasorzytniczego pochodzenia ropienia, dziś nie ulega wątpliwości.

W badaniach swoich, które przeprowadziłem przed 7 laty [1]), takie działanie ropotwórcze stwierdzić mogłem na zwierzętach u kilku ciał chemicznych, znacznie nawet różniących się pomiędzy sobą pod względem budowy i własności chemicznych a mianowicie olejku terpentynowego, azotanu srebrowego, rtęci metalicznej, nafty i kreoliny czystej; do nich według nowych badań Dmochowskiego i Janowskiego [2]) zaliczyć należy i olejek krotniowy.

Cała ta kwestya etyologii i patogenezy ropienia, mająca tak doniosłe znaczenie ogólno patologiczne, dotychczas nie wychodziła po za granice badań laboratoryjnych. Przed paru laty powziąłem myśl zbadania wpływu takich zapaleń ropnych na przebieg nowotworów złośliwych, rzecz prosta, będących w takiem stadyum, w którem leczenie operacyjne, stanowiące pomimo wszystkiego jedyny dotychczas ratunek dla chorych, było już nie możliwe. Oprócz podstaw teoretycznych, wskazujących na możliwość destrukcyjnego działania ropienia na nowotwory, skłonił mnie do prób w tym względzie przebieg jednego przypadku *strumae carcinomatosae* w naszej klinice.

W przypadku tym, u mężczyzny 45-cio letniego okazało się podczas operacyi, iż wycięcie całego guza gruczołu tarczykowego nie jest możliwe wskutek znacznego rozszerzenia się nowotworu ku dołowi i mocnych zrostów z wielkiemi naczyniami szyi. Wobec więc tego ograniczono się do wyjęcia tylko części górnej nowotworu, najbardziej uciskającej tchawicę, poczem skórę zaszyto. W ciągu pierwszej doby po operacyi powstał silny krwotok miąższowy, wskutek czego trzeba było szew rozpruć i całą ranę operacyjną wytamponować. W następstwie rozwinęło się bardzo obfite ropienie, trwające parę tygodni, w ciągu których oddzielały się całe kawałki nowotworu tak, iż w końcu, kiedy rana oczyściła się i pokryła dobrą ziarniną, z całego nowotworu pozostał tylko niewielki guzek ponad dolnym brzegiem mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Sądząc więc z tego nieprzewidzianego przebiegu, można było przypuszczać, iż cała ta komplikacya pooperacyjna w postaci ostrej sprawy ropnej

[1]) O przyczynach ostrych zapaleń ropnych. Kronika lek. 1889. Nr. 9. 10. 11.

[2]) O działaniu ropotwórczem oleju krotniowego. Pam. Tow. lek. Warszaw. 1894.

stała się dla chorego zbawienną, ratując go od nieuleczalnej choroby. Niestety już po paru następnych tygodniach, kiedy chory z zagojoną raną opuszczał klinikę, można było stwierdzić wyraźny wzrost pozostałego guzka i w kilka miesięcy potem chory ten podobno w domu życie zakończył.

W tym więc przypadku, pomimo niepomyślnego zakończenia sprawy, ostre ropienie, wywołane przez dostanie się pasorzytów ropotwórczych do rany po operacyi, wpłynęło niszcząco na sam nowotwór rakowy. To skłoniło mnie do zbadania, czy w podobny sposób działać może na nowotwory złośliwe, nie nadające się już do operacyi, zapalenie ropne aseptyczne, wywołane sztucznie przez środki chemiczne zupełnie wyjałowione, nie mogące więc przynieść żadnej poważniejszej szkody chorym.

Wobec braku takich chorych w naszej klinice, próby te robiłem zimą w roku 1893/4 w krakowskim Zakładzie dla nieuleczalnych chorych im. Helclów, zostającym pod kierunkiem lekarskim Dra Wiszniewskiego, którego uprzejmości i pozwoleniu zawdzięczam możność przeprowadzenia doświadczeń. Ze względu na dokładność obserwacyi ograniczyłem próby do takich tylko przypadków raka, gdzie nowotwór znajdował się na powierzchni ciała i był zupełnie dostępny badaniu. Dla tego też wobec niewielkiej liczby chorych dotkniętych rakiem w Zakładzie w owym czasie, dwa tylko znalazłem przypadki, na których mogłem robić badania. Obydwa były to *carcinomata mammae inoperabilia*, jeden u kobiety pięćdziesięcioletniej, jako recydywa po operacyi, drugi u kobiety czterdziestokilkoletniej.

Jako środka ropotwórczego używałem olejku terpentynowego, odznaczającego się nawet w małych ilościach silnemi własnościami ropotwórczemi. Olejek ten za pomocą wyjałowionej strzykawki wstrzykiwałem w ilości 0·2—1 cm. sześc. w miąższ nowotworu. Wielkość dawki zależała od liczby wstrzyknięć za każdym razem. Niekiedy używałem nie czystego olejku, lecz w połowie zmięszanego z wyskokiem bezwodnym, wtedy jednak działanie występowało słabiej.

Już na drugi dzień w miejscu wstrzyknięcia można było widzieć zaczerwienienie i obrzęk bardzo bolesny, stopniowo mięknący i po upływie 4—6 dni przemieniający się w guz chełbocący, który, doszedłszy do pewnej wielkości, pękał i wylewał się na zewnątrz w postaci gęstawej ropy z kłaczkami znekrotyzowanej tkanki, nowotwór zaś w otoczeniu rósł sobie spokojnie w dalszym ciągu, tworząc coraz nowe ogniska. Jako bardzo ważną stronę niekorzystną tych prób przytoczyć muszę nadzwyczaj silne bóle, występujące po wstrzyknięciach i trwające przez cały czas tworzenia się ropni. Nawet dodanie kokainy do olejku pozostawało bez wpływu a i morfina nie zawsze była w stanie złagodzić te bóle tak, iż nie można było myśleć o znaczniejszej liczbie wstrzyknięć na raz, co biorąc rzecz teoretycznie, mogłoby przyśpieszyć zropienie czy rozpad nowotworu.

Otrzymawszy tak niekorzystne wyniki w obydwu tych przypadkach, przerwałem te próby i nie miałem zamiaru ogłaszać ich drukiem; lecz przed paru tygodniami ogłosił w *Centralblatt für Chirurgie* Kronacher[3]) artykuł, w którym, wychodząc z zupełnie podobnych założeń ogólno patologicznych i bakteryologicznych, poleca takie ropienie aseptyczne, sztucznie wywołane w celu leczenia nowotworów złośliwych. Przytem zwraca on uwagę bardzo słusznie na względną nieszkodliwość i bezpieczeństwo tego postępowania w porównaniu z innemi metodami leczenia raka za pomocą różnych „specyficznych“ preparatów, jak naprzykład najnowszej surowicy przeciwrakowej Emmericha i Scholla. Ale też na tej nieszkodliwości ograniczają się strony korzystne tej naszej metody leczenia nowotworów; jej skuteczność lecznicza nie będzie, zdaje się, większa od tych wszystkich, które pojawiały się i pojawiają od czasu do czasu na horyzoncie terapii, budząc przedwczesną nadzieję u nieszczęśliwych chorych i sceptyczne niedowierzanie u ludzi nauki. Kronacher nie przytacza żadnych spostrzeżeń klinicznych co do działania ropienia aseptycznego, gdyż dopiero w jednym przypadku raka widział „godne uwagi“ zmiany w nowotworze, obiecuje jednak uczynić to niezadługo na podstawie dłuższych badań w tym względzie.

Ponieważ przed $1\frac{1}{2}$ rokiem na podstawie takich samych rozumowań teoretycznych przeprowadzone badania moje dały w praktyce wynik niekorzystny, podaję je obecnie wobec ogłoszonego artykułu i zapowiedzianych badań Kronachera do wiadomości, jako drobny przyczynek znaczenia więcej teoretycznego do terapii nowotworów złośliwych, tej pięty Achillesowej naszego lecznictwa. Myśl wywoływania ostrych zapaleń ropnych środkami aseptycznemi w celu leczniczym zasługuje jednakże, zdaniem mojem, na uwagę, tembardziej, że pewne wskazówki, jakkolwiek odmiennej natury, mamy w tej mierze z dawniejszych czasów. Zdaje się jednak, że nie nowotwory złośliwe stanowią ten dział terapii, w którym sposób ten mógłby przynieść wyniki rzeczywiście pożądane; przypuszczam, że wdzięczniejsze pole do doświadczeń przedstawiają tu zapalenia przewlekłe natury swoistej, pasorzytniczej, jak gruźlica lub promienica; w tym jednak względzie obecnie jeszcze nic stanowczego powiedzieć się nie da.

[3]) Die Beeinflussung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung. Centrbl. für Chirurgie. 1895. 20.

II. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Przedstawicielami pierwszego obozu są: Schroeter, Reuss i Pechdo.

Schroeter uważa *nystagmus* górników za nerwicę, wywołaną zatruciem przez wdychanie gazów.

Reuss, nie odmawiając całkowicie znaczenia złego oświetlenia i natężenia mięśni ocznych, za główną jednak przyczynę uważa zatrucie chroniczne.

Pechdo na podstawie licznych spostrzeżeń w ogromnych kopalniach południowej Francyi usiłuje zbić inne teorye i wykazać, że tylko gazy odgrywają tu rolę czynnika etyologicznego, zapomocą następujących argumentów:

a) Porównanie ilości światła, jakie dają lampy bezpieczeństwa w stosunku do innych nie wykazuje, zdaniem jego, czemu jednak większość zaprzecza, tak znacznej różnicy, aby to mogło wywierać jakiś skutek.

b) W niektórych kopalniach, gdzie stale używają lamp dających najmniejsze światło, nie znalazł właśnie drżenia u górników.

c) Galerye wszędzie są tak wysokie, że górnik wygodnie może pracować stojąc.

d) Natomiast częstość przypadków zostaje w prostym stosunku do ilości wykazanych gazów w kopalni.

e) Największą liczbę przypadków znalazł wśród tych, którzy pracowali w najgorzej odwietrzanych miejscach kopalni.

Na tej podstawie dowodzi on, iż dlatego najwięcej znaleziono przypadków *nystagmus* u pracujących przy lampkach bezpieczeństwa, bo właśnie tam powietrze najwięcej było gazami zatrute.

W obronie złego oświetlenia, jako przyczyny wywołującej występują Jones, Thompson, Court i Romiee.

Thompson, który dawniej był zwolennikiem tak zwanej teoryi pozycyjnej, wystąpił w roku 1892 na zgromadzeniu *Brit. med. Association* w Nottingham w obronie złego oświetlenia, gdyż przekonał się, że największej liczby chorych dostarczali właśnie ci, którzy pracowali stojąc a prócz tego od wielu lekarzy, osiadłych zdawna w okręgach kopalnianych, dowiedział się, że przed zaprowadzeniem lamp bezpieczeństwa *nystagmus* był tam nieznanem cierpieniem. Że pozycya niewygodna może się przyczynić do powstawania drżenia ócz, temu jednak nie zaprzecza.

Court w obronie złego oświetlenia przytacza następujące dowody:

1) Tam, gdzie pracują górnicy przy pochodniach, które dają $2^1/_4$ razy silniejsze światło, niż świece, nie pojawia się wcale to cierpienie.

2) Na 524 górników, którzy pracowali przy lampach bezpieczeństwa, znalazł 164 razy drżenie ócz, 127 razy kurzą ślepotę i 61 razy światłowstręt a przeciwnie u 573 górników zatrudnionych przy zwykłych lampkach, tylko 32 razy *nystagmus*, (z których jeszcze 29 przypadków odnosiło się do górników, którzy przedtem pracowali przy lampkach bezpieczeństwa), 12 razy kurzą ślepotę i raz światłowstręt.

3) Górnicy w kopalni w Durham pracują w postawie stojącej a i tak $^1/_3$ i to właśnie ci, którzy przy pracy posługują się lampą niebezpieczeństwa, dotknięta jest drżeniem ócz; reszta, która pracuje przy zwykłych lampkach, jest od cierpienia tego wolna.

4) Lampy bezpieczeństwa, prócz tego, że z natury swej są już ciemniejsze od innych, w miarę im dłużej trwa robota, tem gorsze dają światło, tak, że pod koniec skutkiem zanieczyszczenia siła światła wynosi $^3/_4$ tego, co z początku.

Romiee na podstawie wielu badań w kopalniach belgijskich, gdzie używają powszechnie lampki bezpieczeństwa Müselera, która nadto wedle obowiązujących tamże przepisów nie może być bliżej miejsca pracy jak metr, przychodzi do wniosku, że złe oświetlenie wywołuje natężenie i przeciążenie akomodacyi, za czem idzie kurcz zewnętrznych mięśni ocznych. Jako czynniki usposabiające działają wady refrakcyi, mianowicie nadmiarowość; postawa zaś, którą górnik zajmuje przy pracy, sama przez się nie ma znaczenia.

To zapatrywanie Romieego zbija Nieden w swej monografii twierdzeniem, że

a) nie są znane przypadki, aby natężenie akomodacyi w innych okolicznościach prowadziło do *nystagmus*.

b) nie jest dowiedzionem, mimo twierdzenia Romieego, żeby górnicy właśnie zbytecznie natężali akomodacyą.

Nie ulega wątpliwości, że górnik, używający lampki bezpieczeństwa jakiegokolwiek systemu pracuje przy świetle o $^1/_2$ do $^1/_3$ słabszem, niż inny robotnik pracujący przy innem sztucznem oświetleniu. Zrozumieć to łatwo, jeśli przytoczę wyniki badań przedsiębranych w celu pomierzenia siły światła lamp bezpieczeństwa używanych w różnych kopalniach.

Nieden podaje, że ilość światła, jakie daje otwarta lampa olejna górnicza, ma się do siły świeżo wyczyszczonej lampy bezpieczeństwa systemu westfalskiego i siły jej po 8-mio godzinnej pracy a więc zanieczyszczonej pyłem węglowym, jak 0·99 do 0·42 — 0·32, przyjąwszy za jednostkę siłę świecy normalnej.

Dransart biorąc za jednostkę *bougie de l'Etoile*, podaje taki stosunek:

lampka otwarta, *lampe à l'huile*	1
lampka bezpieczeństwa systemu Boty	0·67
lampka bezpieczeństwa Müselera (system belgijski)	0·44
lampka bezpieczeństwa Davyego	0·20

Snell znalazł siłę światła lampki bezpieczeństwa Marsauta = 0·66.

Court podaje, że lampa bezpieczeństwa, używana w kopalniach przez niego zwiedzanych, daje światło = 0·75 w porównaniu z siłą lampki otwartej, która znów daje $^3/_4$ siły świecy normalnej.

Zwolennicy więc trzeciej teoryi, uwzględniając wpływ złego oświetlenia, kładą go na drugim planie jako czynnik ułatwiający i przyspieszający znużenie mięśni ocznych, wywołane przedewszystkiem przeciążającą pracą i męczącą postawą ciała. Zwolennikami tymi są: Nieden, Snell, Hewetson, Dransart, Klein, Knies, Bell, Fuchs, Hoor, Cocking, H. Cohn, Baer, Foerster i Fick.

Nieden początkowo hołdował tamtej teoryi, bo w roku 1874, przedstawiając w towarzystwie lekarskiem w Bochum 4 chorych, tłómaczył te przypadki w ten sposób, że praca w ciemności wywołuje kurzą ślepotę, która odgrywa następnie taką samą rolę, jak wrodzone lub po urodzeniu nabyte niedowidzenie. Później po zbadaniu większej liczby przypadków w pracy ogłoszonej w 1878 roku odwołał to zapatrywanie i obecnie stanowczo popiera teoryę znużenia mięśniowego; uwzględniwszy bowiem, że cierpienie to prawie wyłącznie zdarza się u górników, zatrudnionych wyrębywaniem węgla, do wyjątków zaś należy u innych robotników, dozorców, cieśli, sztygarów, którzy również w ciemności i w powietrzu nieczystem kopalni pracują, uwzględniwszy dalej, że praca pierwszych wymaga przy niewygodnej i męczącej postawie ciała ciągłego zwracania ócz ku górze a więc natężania mięśnia prostego górnego i skośnego dolnego, które już z natury są słabsze, niż inne mięśnie oczne, należy, zdaniem jego, tylko temu przeciążeniu pracą wspomnianych mięśni przypisać powstawanie drżenia gałek ocznych. Że wszystko, co utrudnia pracę tym mięśniom, jak ogólne znużenie i osłabienie organizmu, złe oświetlenie, nieodpowiednie stosunki higieniczne, ułatwia powstanie *nystagmus*, temu Nieden nie zaprzecza; owszem przypisuje i tym czynnikom dość ważną, jakkolwiek drugorzędną rolę.

W swej ostatniej pracy, w 1894 r. ogłoszonej określa on *nystagmus* górniczy w następujący sposób: *es handelt sich bei dieser Affection um einen Schwächezustand der Muskel-, resp. Nervengruppen, die die Bewegung des Bulbus nach oben vermitteln, indem dieselben nicht mehr bei Fixirung des Blickes in dieser gewunschten Richtung in gleichmässiger continuirlicher Zugkraft angespannt werden, sondern nach kurzer Intention der Blickrichtung nach oben erschlaffen und dann nur noch in kurzen, bei fortgesetzter Anstrengung immer rascher aufeinander folgenden Zuckungen antworten. Jedenfalls ist der Nystagmus als eine neuropathische Affection anzusehen, die sekundär erst die Muskelsubstanz beeinflusst, wie jetzt auch Dransart sie als Neuro- Myopathie angesehen zu wissen wünscht.*

Jeżeli indywiduum jest ogólnie więcej osłabione, to do drżenia óez przyłączają się jeszcze nerwice odruchowe i w innych mięśniach a za takie należy uważać spostrzegane w niektórych przypadkach drgania mięśnia okrężnego oczodołu i dźwigacza powieki górnej, drgania mięśni twarzy, szyi i karku. Analogię tego widzimy wszędzie tam, gdzie mięśnie są zbyt pracą przeciążone lub skutkiem ogólnego osłabienia n. p. u starców w kloniczne popadają kurcze.

Takiego to właśnie przypadku, w którym obok drżenia óez wystąpiły kurcze w mięśniach szyi, głowy, nawet ramienia i palców lewej kończyny górnej, co wszystko ustąpiło po zaprzestaniu pracy w kopalni, użył Coeking na poparcie teoryi znużenia mięśniowego w dyskusyi nad *nystagmus* górniczym w Nottingham. Snell na tem samem posiedzeniu w obronie rzeczonej teoryi okazał 80 przeszło zdjęć fotograficznych, wykazujących, jak nużącą jest postawa górnika przy pracy. Prócz tego jako poważny dowód *pro* przytacza Snell w jednej ze swych rozpraw przypadek drżenia óez, który przedstawiał się jak typowy *nystagmus* górniczy a który wystąpił u człowieka dorosłego, nie górnika. Tyczył się on młodego zecera, który pracował przez 6 miesięcy nocami w drukarni. Przyczyną było, podobnie jak u górników, przeciążenie mięśni ocznych skutkiem ciągłego spoglądania z rękopisu na czcionki.

Takich przykładów, że *nystagmus*, w objawach swych zupełnie do górniczego podobny powstać może, jeśli tylko są okoliczności, do znużenia mięśni podnoszących oko prowadzące, mamy więcej. Winienem też przytoczyć choć w krótkości dwa opisane przez Hoora. Pierwszy tyczy się dziecka 9-cio miesięcznego, u którego występuje nagle drżenie óez; przyczyny w tej chwili nie można wykazać. Wreszcie dopatruje się jej Hoor w tem, że dziecko, leżąc na wznak w kołysce, całemi godzinami bawi się różnemi zabaweczkami na daszku kołyski nad głową jego zawieszonemi. Po usunięciu tej domniemanej przyczyny drżenie óez w czternastu dniach ustępuje i nie pojawia się więcej.

W drugim przypadku, gdzie *nystagmus* wystąpił u 36 letniego mężczyzny, wykrył Hoor podobną przyczynę; mianowicie pacyent ten co rano przez kilka lat z rzędu stojąc przed lustrem wyrywał sobie siwe włosy z nad czoła; operacya ta zabierała mu codziennie pół godziny do trzech kwadransów czasu. Po zaprzestaniu tego w przeciągu 12 dni drżenie óez ustąpiło zupełnie.

Bardzo podobny przypadek drżenia u dziecka 10-cio tygodniowego opisał Magnus, upatrując w nim najlepsze poparcie teoryi Niedęna.

Dransart przytacza na korzyść tej teoryi, że na 100 górników, u których wykazał *nystagmus*, 90 pracowało leżąc w korytarzach nie mających metra wysokości.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

W sprawie przeszczepialności raka.

Podał

Doc. Dr. Aleksander Rosner,

I-szy asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Tak więc to, co wynik operacyi raka czyni problematycznym, t. j. przerzuty do gruczołów i przerzuty odległe w przypadkach raka macicy, pojawia się rzadko i dopiero w późnym okresie rozwoju nowotworu. Ale studya nad przeszczepialnością każą nam zwracać baczną uwagę na inny jeszcze czynnik, na operacyjne, sztuczne przeniesienie nowotworu na zdrowe dotychczas tkanki. I tu ginekolog jest w trudniejszem położeniu, niż chirurg operujący n. p. raka sutka, wargi i t. d., bo po pierwsze operuje w głębi i najczęściej z pewną niewygodą a powtóre w pobliżu otrzewny, która zdaje się, jest specyalnie skłonna do przyjęcia zakażenia rakowego. Jaką liczbę nawrotów przypisać mamy temu czynnikowi, zapewne trudno powiedzieć; to jednak nie ulega wątpliwości, że lekceważyć go nie możemy. Autorowie zapatrują się na tę kwestyę bardzo rozmaicie; jedni jak Plicque, Winter, Mackenrodt, Olshausen, Herzfeld, Odebrecht, Bohelman, Boryssowicz, Święcicki, Thorn, Pfannenstiel, Sänger przypisują przeszczepialności pewne mniejsze lub większe znaczenie praktyczne, inni, jak Hofmeier, Kaltenbach, Veit, Purcell, Bowreman Jessett, albo o niej weale nie wspominają, ale operują w sposób dowodzący, że implantacyi za niebezpieczną nie uważają, albo wyrażają się o niej sceptycznie. Zresztą wystarczy przytoczyć propozycye, mające na celu ułatwienie techniczne operacyi lub umożliwienie usunięcia tkanki okołomacicznej, ażeby przyjść do przekonania, że wielu operatorów mimo niewątpliwego, klinicznego i doświadczalnego stwierdzenia przeszczepialności na niebezpieczeństwo to mały kładzie nacisk. I tak Hofmeier mówiąc o wyjęciu macicy rakowatej przez pochwę ani słowem nie wspomina o możności zaszczepienia raka podczas operacyi. Natomiast pisze, nie wiem, czy zupełnie słusznie: *„dass der Dauererfolg der Operation nicht immer der gewünschte und vor Allem nicht dem augenblicklichen entsprechend ist, liegt nicht an der Operation, sondern an der Krankheit.* Ten sam autor radzi w razie potrzeby wykonać epizyotomię. Fehling w nowym swoim podręczniku zaleca również epizyotomię. Bowreman Jessett przecina przy wyjęciu macicy przez pochwę międzykrocze w linii środkowej; jest to zdaniem jego połączone z pewnem niebezpieczeństwem otwarcia odbytnicy przy wyciąganiu macicy.

Purcell jest również zwolennikiem przecinania międzykrocza. Schuchardt podaje nawet nową metodę, w której nie w razie potrzeby, ale stale zadaje się duże rany w pochwie i na międzykroczu. Nie wspomina on weale

o możności przeszczepienia raka i twierdzi, że dwa są zasadnicze punkta, których winniśmy się trzymać przy operacyi raka: 1) bezwzględne usunięcie pierwotnego ogniska rakowego a, o ile być może, całego chorego narządu. 2) Zasadnicze usunięcie najbliższego przyrządu limfatycznego. Czy do tych dwóch punktów nie czas dodać trzeci równie zasadniczy i równie uzasadniony: baczenie, ażeby raka w zdrowe tkanki nie wszczepić?

Przykładów takich możnaby znaleść więcej; przytoczone wystarczą jednak, aby wykazać, że o ile dwa Schuchardtowskie punkta mają dziś dla chirurgów niejako moc przykazania, trzeci traktowany jest po macoszemu i zbyt często zaniedbywany. Z drugiej strony przyznać jednak trzeba, że i w tym względzie technika operacyjna szybkie robi postępy. Winter wykładem swoim, wypowiedzianym na wrocławskiem posiedzeniu berlińskiego Tow. ginekologicznego w Lutym 1892. i na zjeździe ginekologów niemieckich w r. 1893. wykładem opartym na niezmiernie skrzętnych poszukiwaniach, zachęcił wielu do myślenia i działania w tym względzie. Przypomniano sobie i zrozumiano dobre wyniki Karola Brauna, otrzymane przez zwykłą amputacyę części pochwowej za pomocą pętli galwanokaustycznej. Sanger wspomina przy tej sposobności, że amerykański ginekolog Byrne w Brooklynie dotąd w ten sposób operuje raki i w 400 przypadkach miał ogólnie lepsze wyniki, niż inni po całkowitem usunięciu macicy. Herzfeld i Olshausen również nie wątpią, że działaniu żaru przypisać należy znakomite, odległe wyniki po amputacyi pętlą galwanokaustyczną. Naturalnie, że z chwilą, kiedy operatorowie przedstawili sobie należycie niebezpieczeństwo przeszczepienia, musiały powstać propozycye, mające na celu zmniejszenie tego niebezpieczeństwa. Powrót do amputacyi pętlą galwanokaustyczną był naturalnie niemożliwy; całkowite wyjęcie chorej macicy było już od dawna operacya dominującą i powrót taki byłby pod wielu względami cofnięciem się wstecz. Przecież w ostatnich jeszcze czasach Seelig badając histologicznie wyjęte przez pochwę macice rakowe, wykazał, że nawet w przypadkach, w których nowotwór wydaje się mało rozwiniętym i stanowczo ujścia wewnętrznego ku górze nie przekracza, można znaleść wypustki nowotworu w naczyniach limfatycznych między środkową a zewnętrzną warstwą mięśni macicznych i to wypustki sięgające prawie do wysokości odejścia trąbek. Tego rodzaju spostrzeżenia nie pozwalają po prostu myśleć o powrocie do amputacyi szyi macicznej a skoro całkowite wyjęcie macicy za pomocą termokauteru lub galwanokauteru wydawało się technicznie niewykonalnem, starano się w inny sposób uniknąć nawrotów z przeszczepienia, postanowiono niszczyć raka przez wyskrobanie i przypalenie przed operacyą właściwą, ażeby żywe jego cząstki nie mogły się oderwać i przyjąć na ranie. I rzecz jasna, była to jedyna droga, na którą z konieczności technika operacyjna wejść musiała, bo przeciw przeszczepianiu można było tylko albo nie stwarzać podłoża z żywej tkanki rannej, albo wobec tego, że takie podłoże powstać musiało, starać się o to, żeby na niem nic się nie zaszczepiło. Winter radzi przeto stanowczo niszczyć nowotwór przed operacyą przez wyskrobanie i wypalenie i znajduje rychło licznych zwolenników (Odebrecht, Bohelmann, Olshausen, Thorn, Boryssowicz), z których niektórzy już przedtem, zapewne dla uniknięcia źródła zakażenia drobnoustrojowego, niszczyli rozpadły nowotwór przed zabiegiem radykalnym. Gorącym propagatorem idei Wintera staje się Mackenrodt; uzupełnia on o tyle pierwotną propozycyę, że radzi przed rozpoczęciem właściwej operacyi obszyć raka błoną śluzową pochwy, szeroko dokoła części pochwowej odpreparowaną. Liczne uwagi tego autora dowodzą, że w tej sprawie pracuje dalej. Boryssowicz podaje bardzo właściwą propozycyę amputowania szyi macicznej przed otwarciem otrzewny i przyżegnięcia powierzchni amputacyjnej chlorkiem cynku. Nie wiem, czy ta propozycya nie jest ze wszystkich najskuteczniejszą i najbardziej celowi odpowiadającą.

Rozważając kwestyę tę czysto teoretycznie, przyjść się musi do przekonania, że ideałem postępowania mającego na celu uniknięcie przeszczepienia byłoby: 1) zniszczenie raka bardzo dokładne przed zadaniem jakiejkolwiek rany tak, żeby żadną miarą cząstki nowotworu odrywać się nie mogły (rada Wintera). 2) Niedotykanie się narzędziami, które były w styczności z rakiem, tkanek zdrowych (rada Wintera i Plicquea). 3) Jak najwcześniejsze usunięcie raka podczas zabiegu, ażeby w dalszym ciągu operacyi zmniejszyć, jak tylko można, najbardziej niebezpieczeństwo odpadania cząstek (rada Boryssowicza). 4) Niezadawanie żadnych świeżych ran, zdolnych do utworzenia podłoża w sąsiedztwie ogniska rakowego.

Pierwszy punkt trudny jest do przeprowadzenia. Skrobaniem i przypaleniem raka niszczymy go z grubsza, ale nie możemy żadną miarą dotrzeć do wypustek, które ochronione zdrową, zbitą tkanką szyi macicznej pozostać muszą nietkniętemi. Strup ochronny, który pole operacyjne przed temi wypustkami zabezpiecza, może przy zgniataniu szyi kleszczykami Muzeuxa przerwać się i dozwolić, żeby komórki rakowe wypłynęły. Punkt drugi daje się wykonać, o ile tyczy się właściwych narzędzi; daleko już trudniej czuwać nad palcami, które w głębi operując, narażone są na takie stykanie się z nowotworem. Przepis trzeci Boryssowicza jest, jak powiedziałem, ze wszech miar praktyczny, ale dodam odrazu, przedewszystkiem wtedy, jeżeli się amputuje termokauterem a nie nożem ani nożyczkami.

Przypomnijmy sobie już przytoczone spostrzeżenie Seeliga a pojmiemy, że przy takiej amputacyi przeciąć można wypustkę nowotworową miedzy warstwami mięśni w górę w trzon idącą a wtedy komórki rakowe dostać się mogą na ranę operacyjną, zanim zniszczy się przekrój chlorkiem cynku. Czwarty punkt jest, zdaniem mojem, bardzo ważny. Do ostatnich czasów wydawał się niewykonalnym.

Równocześnie i niezawiśle od siebie wykonali i zaproponowali ten sposób operowania Jordan i Mackenrodt. Propozycyę prof. Jordana opisałem dokładnie w *Przeglądzie lekarskim* 1895. Nr. 17. i tamże zdałem sprawę z dwóch pierwszych przypadków. Nie chcę więc powtarzać tego, co tam opisano a dodam tylko, że w czterech następnych przypadkach operowaliśmy sposobem wydoskonalonym, nie używając wcale noża i nożyczek. Kiedyś zdam może dokładniej sprawę z większej liczby takich przypadków; obecnie chcę tylko stwierdzić, że zabieg ten, uwzględniający wszystkie cztery wyżej wymienione punkta, nietylko daje się wykonać, ale nawet prawie, że wcale nie utrudnia zwykłej pochwowej ekstyrpacyi. Propozycya Mackenrodta opisana jest zbyt niedokładnie, żeby z niej można było domyśleć się biegu operacyi; jedno tylko jest pewnem, że do

metody prof. Jordana wcale nie jest podobna. Jeżli się uwzględni, iż celem operacyi raka macicy jest uwolnienie pacyentki nie tylko chwilowe, ale stałe od cierpień i niebezpieczeństwa raka, od tego najstraszniejszego cierpienia ginekologicznego, jeżeli się dalej weźmie pod uwagę, że *thermo-kauterectomia totalis* w niczem nie może, w porównaniu z innymi zabiegami, psuć szans wyniku co do nawrotów miejscowych i limfatycznych a musi je poprawiać co do trzeciej postaci tych nawrotów, t. j. co do recydyw przez implantacyę, jeśli się w końcu zważy, że zabieg ten nie jest ani trudnym, ani chwilowo niebezpiecznym, to usprawiedliwionem wyda się twierdzenie, jakiego wypowiedzieć się nie waham, że o ile powrót do amputacyi szyi pętlą galwanokaustyczną byłby krokiem w tył, o tyle ta nowo proponowana metoda jest sporym krokiem naprzód na drodze wiodącej do doszczętnego usunięcia raka macicy.

Czcigodnemu mojemu kierownikowi, prof. Drowi Jordanowi i J. M. Panu Rektorowi Browiczowi składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie za uwagi i rady, pierwszemu nadto za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

IV. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

W doświadczeniach swoich w pracowni prof. Bujwida nad hodowlami gonokoków postępowałem drogą czysto empiryczną i posługiwałem się zrazu agarem powleczonym cienką warstwą krwi gołębiej, przyczem nadmienić muszę, że w celu oczyszczenia hodowli nie używałem ani metody Wertheima, zresztą dosyć nudnej i mozolnej, ani metody Fingera, ale starałem się przeszczepić jad wiewiórowy ze wszystkiemi ostrożnościami aseptyki, przenosiłem go wprost do probówek, rozpościerając drobinę ropy na jak najcieńszą warstwę na agar przedstawiający dosyć wielką płaszczyznę, pozwalającą kolonie makroskopowo dosyć łatwo odróżnić jednę od drugiej. Przyznać muszę, że z początku napotykałem, w ten sposób postępując na pewne trudności i zmuszony byłem nieraz przeszczepiać kilkakrotnie, zanim udało mi się odosobnić zupełnie czyste kolonie dwuziarniaków Neisserowskich; z czasem jednak doszedłem do takiej wprawy, że po drugiem już przeszczepieniu otrzymywałem zupełnie oczyszczone hodowle, które przeszczepiałem bez przerwy w dalszych generacyach. Przekonałem się, że można zupełnie obejść się bez wylewania płyt, ponieważ chodzi tu tylko o zanieczyszczenie przez kolonie stafilokoków i streptokoków, od których charakterystyczne wysepki gonokoków już z wejrzenia mikroskopowo łatwo odróżnić jesteśmy w stanie. Od pożywki, której pierwotnie używałem, odstąpiłem wszelako niebawem, przekonawszy się, że na agarze surowiczym wzrost dwuziarniaków Neisserowskich jest daleko szybszy i większy i odtąd posługiwałem się już tylko agarem surowiczym, modyfikując go tylko do pewnego stopnia, o czem będzie niżej mowa. Hodowle otrzymane na agarze surowiczym przedstawiają się w postaci wysepek większych lub mniejszych, szaro-białych, do szronu podobnych, czasami prawie zupełnie przeźroczystych tak, że tylko w świetle odbitem dokładnie spostrzegać się dają. Wysepki te rosną równo we wszystkich kierunkach, tworząc nieraz długie wypustki. Życie hodowli tych jest nader krótkie; dlatego przeszczepiać się je musi najpóźniej co trzeci dzień, w tym czasie bowiem hodowla cała wymiera i tylko tu i owdzie spostrzegać się dają dwuziarniaki wybitnie zabarwić się dające. Obumieranie hodowli spostrzegać się już daje w 26 godzin po zaszczepieniu a poznać je można po tak zwanych formach degeneracyjnych, powstałych skutkiem utraty powinowactwa do barwików anilinowych zasadowych. Te właśnie formy degeneracyjne stanowią nam najlepszą miarę mocy jadu i niemi właśnie kierujemy się, oznaczając obumieranie hodowli za działaniem pewnych szkodliwych wpływów zewnętrznych. Obserwując pod mikroskopem obumieranie hodowli gonokoków dostrzegłem, że formy degeneracyjne występują w pewnym stałym porządku stósownie do czasu, po upływie którego sporządzamy preparaty. W hodowli zupełnie prawidłowo rozwiniętej na agarze surowiczym spostrzegać się dają po 20-tu godzinach (rzadko rychlej) tu i owdzie dwuziarniaki bardzo słabo zabarwione, przyczem nadmienić muszę, że aby dokładnie badać zmiany degeneracyjne, lepiej jest barwić wodnymi roztworami fuksyny, aniżeli błękitem metylenu. Metodą Löfflera barwiąc nawet bardzo ostrożnie, niejednokrotnie przebarwiamy preparat a okoliczność ta staje właśnie na przeszkodzie dokładnej obserwacyi zmian powyżej wymienionych. W preparatach sporządzanych w 30 do 36 godzin po założeniu hodowli widzimy obraz następujący: Obok licznych par dwuziarniaków słabo zabarwionych, znajdujemy zabarwienie połowicze, przez co rozumiem zabarwienie jednego tylko indywiduum w dwuziarniaku; drugie indywiduum może być nawet mocno zabarwione i dopiero po dłuższym czasie nabiera wejrzenia bledszego. Zmiany te utrzymują się aż do końca; spostrzegać je można nawet jeszcze czwartego i piątego dnia po założeniu hodowli. W tym czasie widzimy już bardzo mało dwuziarników wybitnie zabarwionych, bo zaledwie kilka w całem polu widzenia.

Te zmiany degeneracyjne są bardzo ważne, bo niemi kierować się możemy, oznaczając dobroć tej lub owej pożywki a co najważniejsza i co było głównem zadaniem naszej pracy, oznaczyć wpływ szkodliwy rozmaitych ciał chemicznych na rozwój samych hodowli na jednej i tej samej pożywce.

Czy z oddziaływania rozmaitych ciał chemicznych (n. p. całego szeregu środków przeciwgnilnych) wprost na czyste hodowle, z szybszego lub powolniejszego obumierania dwuziarniaków na pożywkach sztucznych można wysnuć pewne wnioski, tyczące się analogicznych spraw w tkankach ustrojowych, trudno powiedzieć; jednak po dokładnem rozpatrzeniu odmiennych stósunków w ustroju zwierzęcym z jednej a na pożywkach sztucznych z drugiej strony, można uważać podobne doświadczenia ze względu na wskazania terapeutyczne nie za bezcelowe.

Że hodowle na pożywkach zakwaszonych udają się bezwarunkowo lepiej, aniżeli na obojętnych, przekonałem się wkrótce, przeszczepiając gonokoki na agar surowiczy zakwaszony. Hodowle, które z początku wymierały już trzeciego dnia po zaszczepieniu, okazywały na pożywkach jeszcze do

piątego dnia pełną żywotność, przyczem nadmienić wypada, że hodowle przyzwyczajają się z czasem do gruntu, na którym żyją tak, że w dalszych generacyach wymagają coraz to rzadziej ponownego przeszczepiania. W ten sposób przeszczepiając hodowle zawsze na pożywki tego samego składu, mogłem doprowadzić do tego, że szóstego dnia przeszczepione hodowle rozwijały się zupełnie prawidłowo w następnem pokoleniu. Przeszczepiwszy je następnie na pożywkę cokolwiek zmodyfikowaną, przekonałem się, że hodowle znowu żyły tylko nader krótko, zanim wystąpiło przyzwyczajenie się zupełne do nowego środka.

Robiąc doświadczenia nad zachowywaniem się hodowli pod wpływem rozmaitych ciał chemicznych, postępowałem tak: Hodowle rozwinięte na agarze surowiczym pokrywałem cienką warstwą rozczynu badanego środka i następnie po pewnym czasie (1 do 5 minut) przeszczepiałem je na nową pożywkę. Jestto sposób, którego używał Finger; sposób ten wydał mi się jednak wkrótce niepraktycznym a to z tego powodu, że warstwa rozczynu, pokrywająca hodowle przy bardzo nawet ostrożnej manipulacyi spłukiwała często mechanicznie dyplokoki na dno probówki, udaremniając w ten sposób doświadczenia. Robiłem tedy dalsze próby w ten sposób, że pokrywałem naprzód czystą pożywkę pewnym rozczynem, odlewałem po jakimś czasie nadmiar płynu tak, aby tylko cieniutka warstwa pozostała na powierzchni pożywki i dopiero wtedy przeszczepiałem na tak przyrządzoną pożywkę gonokoki z hodowli rozwiniętych.

Rozpoczynając doświadczenia ciałami organicznemi, użyłem najpierw połączeń sinu z metalami i sporządzałem w tym celu sterylizowane rozczyny sinku potasu od 1‰ do 1%. Zupełnie wbrew moim oczekiwaniom przekonałem się, że hodowle pod wpływem tych rozczynów nietylko nie doznały żadnej przeszkody w krzewieniu się, ale, co ciekawsza, przeszczepiane następnie na pożywki prawidłowe okazywały nierównie większy wzrost, aniżeli poprzednio. Dodać tutaj muszę, że i tu spostrzegać się dawało przyzwyczajenie hodowli do atmosfery sinu, gdyż postępując od rozczynów najsłabszych (1‰) do coraz silniejszych, udawało mi się osięgać zawsze te same rezultaty. Z biegiem czasu przeszczepiałem hodowle ciągle tylko na pożywki osłonięte rozczynem sinku potasu i w ten sposób przyzwyczajałem je do jednoprocentowych rozczynów, przyczem rozmnażanie się gonokoków odbywało się zupełnie prawidłowo. Zrobiwszy kilkakrotnie podobne próby, postanowiłem użyć za pożywkę agaru surowiczego z pewnym dodatkiem sinku potasu. Do płynnego agaru dodawałem sterylizowanego rozczynu sinku potasu tak, że po stężeniu otrzymywałem pożywki zawierające od 1‰ do 1% sinku potasu. Na tych pożywkach rozwijały się gonokoki bardzo pomyślnie, ale tylko wtedy, jeżeli trzymaliśmy się metody stopniowania; hodowle przeniesione bezpośrednio z agaru surowiczego na agar z dodatkiem 1% sinku potasu, rosły albo bardzo nieznacznie, albo w krótkim już czasie ginęły, przeszczepione jednak prędko na agar zawierający niższy procent sinu, rozwijały się dalej prawidłowo.

Doświadczenia te zgadzają się zupełnie z próbami robionemi przezemnie w klinice z rozczynami sinku potasu na dwóch chorych z wiewiórem przedniej części cewki. Próby te robiłem o wiele wcześniej od ostatnich doświadczeń bakteryologicznych i przyznać muszę, że oczekiwania moje zawiodły mię wtedy zupełnie. Wstrzykiwałem tym chorym rozczyny sinku potasu (od 1‰ do 1%) strzykawką Sigmunta do przedniej części cewki po trzy razy dziennie, zatrzymując płyn przez 5 minut w cewce. W pierwszych dwu dniach zdawało mi się, że uzyskałem rezultat znakomity; ropa wiewiórowa przestała się wydzielać, ustępując miejsca wydzielinie śluzowej, w której stosunkowo bardzo mało znajdywałem gonokoków. Już trzeciego dnia wydzielina zaczęła przyjmować charakter wydzieliny ropnej, a kiedy bojąc się intoksykacyi, obniżyłem procent sinu, ilość wydzieliny stała się bardzo obfitą, gonokoki nader liczne, jednem słowem stan zupełnie ten sam, co przed rozpoczęciem wstrzykiwań.

Podobne doświadczenia robimy i z całym szeregiem środków przeciwgnilnych jakoteż i ściągających w chorobie tej używanych. Aby się przekonać, o ile i w jakim czasie środki przeciwgnilne działają zabójczo na dwuziarniaki Neissera, poddawałem hodowle działaniu tych ciał kolejno, postępując przytem w podobny sposób jak poprzednio. Rozpoczynając od rozczynów bardzo słabych, dochodziłem do coraz mocniejszych oznaczając dokładnie, po jakim czasie hodowle przestawały się rozwijać a względnie przeszczepiane na świeże pożywki dawały ujemne wyniki. Oznaczywszy czas obumarcia hodowli przy jednym i tym samym rozczynie środka działającego, postępowałem potem w ten sposób, że przeszczepiałem przed upływem czasu obumierania, t. j. w czasie, gdy hodowle posiadały jeszcze zdolność rozmnażania się i poddawałem je na świeżej już pożywce działaniu znowu tego samego rozczynu danego ciała. Innemi słowy działałem jednem i tem samem ciałem nie zwiększając koncentracyi roztworu na dalsze pokolenia hodowli, już poprzednio skutkiem działania tegoż rozczynu osłabionej.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Na zasadzie przytoczonych wyników dochodzi G r a w i t z do następujących wniosków: jako *causam proximam* ropnego zapalenia otrzewny uważać należy osiedlenie się w błonie surowiczej bakteryj ropotwórczych. *Causam* zaś *occasionalem* stanowią albo uszkodzenie otrzewny, albo tak znaczne nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej, że płyn ten, nie mogąc zostać wchłoniętym, w jamie brzusznej pozostaje. Ilość przesączyny otrzewnowej nie gra poważnej roli w patogenezie zapalenia otrzewny; natomiast doniosłe znaczenie ma tu resorpcya a mianowicie upośledzenie tej sprawy.

Według G r a w i t z a zapalenie otrzewny, występujące po przedziurawieniu narządów brzusznych, nie zawsze bywa groźnem, gdyż często następuje otorbienie mas, które się do jamy brzusznej dostały. Trudno się zgodzić na to twierdzenie G r a w i t z a w zastosowaniu do zapalenia otrzewny, występującego po przedziurawieniu jelita. Rzeczywiście zapalenia takie nie są bardzo groźne, gdy powstają jako zapalenia miejscowe. Pozostają one jednak miejscowymi zazwyczaj nie z tego powodu, że treść jelit następowo otorbi się, lecz dlatego, że przez przedziurawione jelito treść kiszki wylewa się do jamy odgraniczonej zrostami, powstałymi już poprzednio wskutek sprawy zapalnej.

Następowe otorbienie treści jelitowej, bez wywołania zapalenia otrzewny, jak na przykład w przypadku

Boeckla[127]), należy w każdym razie do rzadkości. Zależy ono od jakości tych mas; z doświadczeń Grawitza wynika, że mocz, treść jelita, nawet z domieszką ciał stałych lub płynnych, substancye słabo drażniące, jak n. p. treść żołądkowa, ropa z zawieszonymi w niej żyjącymi drobnoustrojami ropotwórczymi zapalenia otrzewny nie wywołują. Ilość wszakże tych mas jest ważniejszą, aniżeli jakość, a to ze względu na ich resorpcyę. Najważniejszym punktem jest tu jednak sama sprawa, wskutek której powstało pęknięcie narzadu; jeśli przedziurawienie nastąpiło w miejscu owrzodziałem, bakterye ropne mogą się zagnieździć w owrzodziałej tkance a po dostatecznem rozmnożeniu się wywołać ogólne ropne zapalenie otrzewny. Grawitz uważa więc za jeden z najważniejszych czynników w powstawaniu zapalenia otrzewny istnienie w tej błonie *loci minoris resistentiae*, gdyż zapalenie to dopiero wówczas powstać może, gdy bakterye zagnieżdżą się w samej tkance otrzewny. Główny wynik pracy Grawitza[128]), t. j. że same bakterye ropne, wprowadzone do prawidłowej jamy brzusznej, zapalenia otrzewny nie wywołują, potwierdzili Rinne[129]), Passet[130]), Lübbert[131]), oraz Fehleisen[132]).

Truc[133]) wstrzykiwał płyny septyczne do jamy brzusznej psów, w celu badania następowego leczenia chirurgicznego. 6 psów zniosło ten zabieg zupełnie dobrze.

Pernice[134]) wywoływał u świnek morskich oraz królików zapalenie otrzewny przez wstrzykiwanie do ich jamy brzusznej substancyj chemicznych. Z wysięku brzusznego takich zwierząt wyhodował koki niewiadomego pochodzenia (z jelita, czy też wprowadzone do jamy brzusznej podczas operacyi?), które po wstrzyknięciu do jamy brzusznej zwierząt zdrowych, nie wywoływały zapalenia otrzewny.

Escherich[135]) wywoływał przez wprowadzenie do jamy brzusznej świnek morskich hodowli *bacterii coli communis* wysięki, oraz złogi włóknikowe na otrzewnie.

Laruelle[136]) wywoływał również zapalenie otrzewny przez wprowadzenie *bacterium coli commune* do jamy brzusznej, doszedł jednak do wniosku, że ten drobnoustrój wywołuje zapalenie otrzewny dopiero po zadziałaniu na nią nieuorganizowanych składników treści jelita lub żółci.

Bartscher[137]) wprowadzał do jamy brzusznej królików *micrococcus prodigiosus, staphylococcus pyogenes aureus, citreus, albus* i *streptococcus pyogenes*, zawieszone w wielkich ilościach fizyologicznego rozczynu soli kuchennej; w ten sposób chciał autor wykluczyć miejscowe działanie produktów bakteryj, nagromadzonych w każdej hodowli w większej lub mniejszej ilości. Po takim zabiegu nie występowało zapalenie otrzewny. Również otrzewna nie podlegała zmianom patologicznym po wprowadzeniu do jamy brzusznej kawałków płótna lub wełny, impregnowanych gronowcem ropnym złocistym.

Do wyników wręcz przeciwnych wynikom Grawitza[138]) doszedł Pawlowsky[139]). Autor ten wykonał 13 szeregów doświadczeń, za pomocą których chciał zbadać działanie na otrzewnę substancyj chemicznych, bakteryj oraz treści jelita, wziętych z osobna lub też w rozmaitych kombinacyach. Pawlowsky[139]) wprowadzał do jamy brzusznej królików kok saprofityczny, bardzo podobny do gronowca ropnego złocistego w hodowli czystej lub też jednocześnie z $^1/_{30}$ do $^1/_{10}$ kropli olejku krotniowego; zapalenie otrzewny w tych okolicznościach nie następowało. Taki sam wynik otrzymał autor po wprowadzeniu do jamy brzusznej *sarcina flava* z olejkiem krotniowym. A więc saprofity nawet w połączeniu z substancyami chemicznemi o własnościach mocno drażniących nie były w stanie sprowadzić zapalenia otrzewny. Filtrowane hodowle gronowca ropnego złocistego oraz paciorkowca róży, wprowadzone w szklanych naczynkach do jamy brzusznej świnek morskich w ilości 15 do 30 cm.³ sprowadzały albo krwawe zapalenie otrzewny, albo też w ogóle zapalenia otrzewny nie wywoływały. Ropnego zapalenia otrzewny w ten sposób nigdy autor nie otrzymał. Na tej zasadzie powraca on do twierdzenia, że sprawy ropne nie powstają nigdy bez udziału bakteryj. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej królika gronowca ropnego złocistego bądź w hodowli czystej, bądź jednocześnie z olejkiem krotniowym lub agarem występowało stale zapalenie otrzewny a mianowicie po wprowadzeniu ilości wielkich tego drobnoustroju (cała hodowla agarowa w 1 do 2 cm.³ wody przekroplonej) występowało włóknikowo-ropne zapalenie otrzewny. Po wprowadzeniu ilości mniejszych (2 uszka zwykłego drutu platynowego w 1 cm.³ wody a nawet 1 uszko na 5 cm.³ wody, z tego wzięto 1 cm.³ i wstrzyknięto do brzucha po dodaniu 1 cm.³ wody) występowało ropne zapalenie otrzewny. Ta forma zapalenia występowała i po wprowadzeniu bardzo małej ilości gronowca do jamy brzusznej, jako to: 2 uszka hodowli agarowej wprowadzono do 5 cm.³ wody i po skłóceniu przesączono; 1 uszko przesączyny, wprowadzone w 1 cm.³ wody do jamy brzusznej, wywoływało ropne zapalenie otrzewny. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że gronowiec ropny złocisty, wprowadzony nawet w nadzwyczaj małej ilości do jamy brzusznej królików, wywołuje ostre, śmiertelne zapalenie otrzewny, którego charakter ropny staje się tem wybitniejszym, im dłużej operowane zwierzęta pozostają przy życiu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

Böke (prof. w Budapeszcie): **O stosowaniu zimnej wody w chorobach usznych.**

Böke w Budapeszcie stosuje zimno w cierpieniach usznych w postaci okładów lodowych lub przyrządu Leiterowskiego: 1) w przypadkach urazu, gdzie zewnętrzne części ucha uległy obrażeniu; 2) w sprawach zapalnych zewnętrznego przewodu usznego, bębenka, jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego; 3) w przewlekłych ropieniach, jeżeli wykazać można wrażliwość, ból i obrzęk wyrostka sutkowego. Autor leczył w ten sposób dwa przypadki urazu z objawami mózgowymi, przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego, gdzie po kreolinie wystąpiła nieprzytomność, śpiączka i gorączka i jeden przypadek ropnego zapalenia jamy bębenkowej z porażeniem nerwu twarzowego. We wszystkich tych przypadkach widział B. po zimnej wodzie bardzo dobre wyniki, również jak w cierpieniach ucha w skutek influency, szczególnie w pierwszym okresie. *(Pest. medic. chir. Presse*, 15. 1894). *Dr. Bf.*

Choroby dzieci.

Renard: **Gorączka pryszczykowa** *(febris aphthosa)* **przeniesiona na dzieci za pomocą mleka chorych krów.**

Zapalenie pryszczykowe błony śluzowej jamy ustnej czyli *aphtha* uważana bywa zwykle raczej za jeden z dodatkowych objawów pewnej choroby, niż za chorobę samoistną; odnosimy więc przyczynę ich powstawania do złego odżywienia, do złych stosunków higienicznych, wśród których dziecko przebywa, to wreszcie do chorób przewodu pokarmowego lub w ogóle chorób przebiegających z gorączką. Tymczasem ścisłe spostrzeżenia ostatnich czasów przekonywają, że zamiast dotychczasowego pojęcia *aphtha* przyjąć nam należy raczej *febris aphthosa* jako chorobę gorączkową,

---

127) Boeckel: Ungewöhnliche Toleranz des Bauchfells. Gaz. medic. de Strassbourg 1885. Nr. 7. Ref. w Virch. Hirsch. J. B. 1885. II. p. 640.
128) Grawitz: l. c.
129) Rinne: l. c.
130) Passet: Untersuchungen über die Aetiologie der eiterigen Phlegmone des Menschen. l. c.
131) Lübbert: Der Staphylococcus pyogenes aureus und der Osteomyelitiscoccus. Würzburg 1886. l. c.
132) Fehleisen: Archiv f. klin. Chirurgie. T. XXXVI. l. c.
133) Truc: l. c.
134) Pernice: l. c.
135) Escherich: l. c.
136) Laruelle: l. c.
137) Bartscher: l. c.
138) Grawitz: l. c.
139) Pawlowsky: l. c.

zakaźna, przenoszącą się najczęściej ze zwierząt na człowieka. Jako nowy dowód przytacza autor dwie obserwacye własne, w których u dzieci bardzo dobrze odżywianych i dotąd zupełnie zdrowych pojawiły się pryszczyki na błonie śluzowej jamy ustnej, ale równocześnie wystąpiły objawy ogólne, gorączka, zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Pokazało się także w ciągu obserwacyi, że w miarę poprawy miejscowej ustępywały również objawy ogólne, zmniejszała się także gorączka; w przypadku, w którym były objawy miejscowe więcej rozwinięte, znaleziono także więcej wybitne objawy ogólne. Autor twierdzi stanowczo, że przyczyną tej choroby było zakażenie mlekiem krów a to na tej podstawie, że równocześnie stwierdzono w okolicznych oborach chorobę gorączkową pryszczykową *(aphtha)* krów, że mleko którym się te dzieci karmiły, pochodziło z jednej z takich obór a podawano go niegotowane, wreszcie przytacza jako dowód także tę okoliczność, że rodzeństwo jednego z tych chorych dzieci, które tego mleka nieużywało, chorobie nie podpadło.

Z pojęcia istoty choroby wypływa i leczenie; przedewszystkiem należałoby zabronić używania mleka krów chorych na tę gorączkę; w ogóle nie podawać dzieciom tylko mleko gotowane. W lekowaniu należy stosować środki przeciwgnilne kiszkowe, miejscowo obok przemywania jamy ust roztworem kwasu borowego polecają także przypalanie azotanem srebrowym *in substantia*. *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Janv. 1895). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

83. A. Heydenreich (w Nancy): Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa. Mnóstwo już środków próbowano przeciw chorobie Basedowa a jakkolwiek niektóre z nich sprowadzały poprawę lub nawet leczyły zupełnie, to jednakowoż żaden z nich nie zdobył sobie prawa stałego obywatelstwa w terapii choroby, o której mowa.

Ta niedostateczność skutku środków należących do zakresu medycyny wewnętrznej była powodem, że jeszcze w roku 1877. spróbowali pierwsi Lister i Ollier leczenia chirurgicznego choroby Basedowa.

Lister użył tyroidektomii. W 5 dni po operacyi spadło tętno z 130 na 72 uderzenia, zmniejszyło się wysadzenie gałek ocznych i poprawiły inne przypady.

W przypadku Olliera rozchodziło się o wól torbielowaty. Ollier otworzył torbiel za pomocą zżeradeł i wstrzyknął doń nastój jodowy. Tętno spadło wkrótce ze 160 na 70. W dwa lata później znikły wszystkie zboczenia z wyjątkiem nieznacznego wysadzenia gałek ocznych.

Później zaczęły się mnożyć doniesienia o pomyślnym wpływie na przebieg choroby Basedowa operacyj na powiększonym gruczole tarczykowym; pamiętać wszakże należy, iż w niektórych przypadkach operacye dokonane na innych częściach ustroju a nie na gruczole tarczykowym sprowadziły polepszenie a nawet wyleczenie. Tak n. p. w przypadku Hacka nastało znaczne polepszenie po przypaleniu przerosłej błony śluzowej małżowiny środkowej i dolnej nosa. Podobnie było w przypadkach Fraenkla, Hopmanna, Museholda i innych. W przypadku Federna, w którym choroba Basedowa łączyła się z atonią jelit, przepłukiwanie i elektryzowanie jelit polepszyło znacznie chorobę Basedowa, w innym zaś przypadku leczenie nerki ruchomej usunęło chorobę Basedowa.

Co się tyczy tyroidektomii w chorobie Basedowa, to wypada ze statystyki Putnama, obejmującej 41 przypadków, że w 34 po operacyi nastąpiło wyleczenie zupełne lub znaczna poprawa, w 4 przypadkach nastąpiła śmierć po operacyi, dwa razy pojawiła się tężyczka (*tetania*) a raz nie było żadnego skutku; skutek więc operacyi był w 83% przypadków. Zebrawszy przypadki przywiedzione przez Brinera i swoje, oblicza autor, że na 61 przypadków choroby Basedowa było 50 przypadków wyleczenia lub poprawy, 4 przypadki śmierci, 2 tężyczki a pięć razy nie było widać żadnego wpływu operacyi na przebieg choroby. Skutek byłby zatem w 82% przypadków, gdyby nie okoliczność, iż w tej statystyce nie uwzględniono prawdopodobnie przypadków nagłej śmierci po tyroidektomii.

Co do rodzaju operacyi, to w dwóch przypadkach wola torbielowatego użyto nastoju jodowego do wstrzyknięcia w gruczoł, we wszystkich zaś innych zrobiono tyroidektomią i to najczęściej częściową lub wyjmowano guzki chorobowe. Najrzadziej wyjmowano cały gruczoł.

Podwiązywano także tętnice tarczykowe a pomyślne skutki po tej operacyi mieli Kocher, Trendelenburg i Miasopust.

Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa jest przeto uzasadnione i potrzeba ustanowić dlań wskazania, tudzież podać najlepszy sposób operowania.

Oczywiście, że byłoby przesadą operować wszystkie przypadki choroby Basedowa; wiadomo bowiem, że i po zastosowaniu rozmaitych środków i sposobów terapeutycznych niechirurgicznych widzi się nieraz poprawę a nawet zupełne wyleczenie choroby; z drugiej strony nie wolno zapominać, że operacya przedstawia pewne niebezpieczeństwo a nieraz nie było po niej żadnego skutku. Dlatego leczenie chirurgiczne należy ograniczyć do przypadków ciężkich, opierających się stale leczeniu środkami wewnętrznemi, do przypadków, w których ciągły postęp choroby zagraża życiu lub w których są przypady wprost dla życia niebezpieczne, jak n. p. brak tchu skutkiem ugniecenia tchawicy. Rzeczą będzie taktu klinicznego rozstrzygnąć, czy operować w przypadkach, w których stan ogólny jest niepokojący, serce okazuje zwyrodnienie lub układ nerwowy mocno jest schorzały.

Jeżeli decyzya już zapadła na korzyść interwencyi chirurgicznej, pamiętać należy, iż wól w chorobie Basedowa polega najczęściej na rozwoju naczyń; wstrzykiwania przeto miąższowe są niebezpieczne a tem samem i przeciwwskazane; pozostają więc tylko dwie metody operacyjne: tyreoidektomia częściowa lub całkowita i podwiązanie tętnic tarczykowych (*art. thyreoideae*).

Większa część chirurgów przekłada tyreoidektomią nad podwiązanie tętnic z powodu ich kruchości i wynikającego ztąd niebezpieczeństwa, tudzież dlatego, ponieważ w przypadkach bezdechu z przyczyny ucisku na tchawicę skutek nie jest tak rychły po podwiązaniu, jak po wycięciu.

Ze względu na możność wystąpienia charłactwa właściwego (*cachexia strumipriva*) najlepiej jest zrobić tyreoidektomią częściową lub tylko wyłuszczyć ogniska chorobowe. W każdym razie należy mieć na uwadze, że tyreoidektomia jest operacyą trudną, że może łączyć się z mocnym krwotokiem i że zatem winien ją robić jedynie operator pewny sam siebie. *(La Semaine médicale* 19. Czerwca 1895).

84. H. Radcliffe Crocker: Leczenie łuszczycy (*psoriasis*) salicylanem sodowym (z kliniki dermatologicznej *University College Hospital* w Londynie). Na podstawie doświadczenia w znacznej liczbie przypadków zaleca autor salicylan sodowy w łuszczycy. Dawka trzy razy dziennie po gramie rozpuszczonym w namoku (*maceratio*) gorzli (*quassia*) po jedzeniu.

Salicylan sodowy okazał się skutecznym szczególniej w świeżych przypadkach *psoriasis guttata* a zatem w formie łuszczycy, w której nie skutkują przetwory arsenu i gruczołu tarczykowego.

W zadawnionej łuszczycy działanie salicylanu sodowego nie jest tak wybitne.

Pierwszy skutek przetworu, o którym mowa, polega na zmniejszeniu się czerwoności wykwitów (*placards*) i na zwolnieniu tworzenia się łusek. Strupy albo odpadają same albo z łatwością dają się oddzielić, poczem pozostają plamy blado-czerwone, coraz bardziej zabarwiające się tak, iż wreszcie prawie całkiem stają się niewidocznemi.

Salicylan sodowy skutkuje w łuszczycy tylko po używaniu przez czas długi a rozumie się samo przez się, iż obok niego można snadnie użyć zwykłych sposobów leczenia miejscowego.

Autor przekonał się, że salicylan sodowy skutkuje także i w innych chorobach skórnych, jak mianowicie rumieniu wielopostaciin (*erythema multiforme*) i liszaju rumiennym (*lupus erythematosus*). *(La Semaine médicale* 15. Czerwca 1895.

85. A. Schmitz: Rupie *(oxyuris vermicularis)* u dzieci i leczenie ich naftaliną (z lekarskiej polikliniki pedyatrycznej w Bonnie). Rupie sprawiają bez wątpienia dzieciom mnóstwo dolegliwości i wpływają nieraz bardzo szkodliwie na ich zdrowie. Wywołują one często nieznośne palenie, gwałtowne bóle, parcie na stolec, upośledzają sen, mogą być przyczyną zapalenia odbytnicy, wypadnięcia rzyci (*prolapsus ani*), przetoki odbytnicy i rozmaitych przypadków ze strony układu nerwowego. Co do miejsca, w którem przebywają rupie, zajmują one przewód pokarmowy od jelita czczego (*jejunum*) aż do rzyci a mianowicie młode na rozmaitym stopniu rozwoju i samce w jelicie cienkiem, dojrzałe zaś i zapłodnione samice głównie w kątnicy (*coecum*); mylne jest więc zdanie, jakoby rupie przebywały najwięcej w odbytnicy. Wypada ztąd przeto, iż miejscowe leczenie w odbytnicy tylko wyjątkowo jest skutecznem i że również zawodzą rozmaite środki przeczyszczające i czerwiogubne, jak kuso, paproć, kora granatowca, kwiat siarczany, tymol.

Autor idąc za radą prof. Ungara, który już przed kilkoma laty zajmował się tą sprawą, spróbował naftaliny do leczenia rupi i to w następujący sposób: po przeczyszczeniu jelit przez zadanie *pulvis liquiritiae compositus*, oleju rącznikowego lub kalomelu zadawał dzieciom po cztery razy dziennie naftalinę w dawce za każdym razem od 15-tu (u dzieci $1^1/_2$ rocznych), do 40-tu (u dzieci 12 do 13 letnich) centygramów, zmięszaną z cukrem, ile możności w czasie między dwoma pożywieniami się, w których nie było potraw tłustych, ażeby uniknąć wessania naftaliny w górnych częściach jelit. Po wyżyciu 8 proszków nastawała w leczeniu pauza ośmiodniowa, poczem zadawano znów 8 proszków a po dalszych 14 dniach jeszcze raz również 8 proszków.

Z 46 przypadków w ten sposób leczonych uzyskano wyleczenie zupełne w 26, w których w 3 do 4 miesiące później nie można było znaleść rupi, w 20 pozostałych nastała tylko poprawa.

Wobec uporczywości choroby bardzo dobrze jest nawet w tych przypadkach, u których nie ma żadnych dolegliwości i w których badanie kału nie wykazuje rupi, po kilku tygodniach dać znowu naftalinę i zrobić tożsamo jeszcze raz znów po kilku tygodniach.

Dzieci znosiły naftalinę bardzo dobrze z wyjątkiem jednego, u którego po zadaniu tego środka pojawiło się utrudnienie oddawania moczu (*stranguria*).

Obok naftaliny zaleca Ungar przepłukiwanie jelit wysoko sposobem Hegara a roztworem złożonym z *liquor aluminii acetici* w stosunku łyżki stołowej na litr płynu. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Tom 39. Zeszyt 2. i 3. 1895).

86. Benario: Cytrofena, nowy lek przeciwgorączkowy i antynewralgiczny. Cytrofena jest to proszek biały, dający się otrzymać także i w formie krystalicznej, smaku przypominającego kwas cytrynowy, ztąd do zażywania bardzo wygodny, topniejący w 181° C., rozpuszczający się w 40 częściach zimnej a 50 częściach wrzącej wody i mający z tego tytułu wyższość nad fenacetyną, która rozpuszcza się dopiero w 1400 i laktofeniną, która rozpuszcza się w 340 częściach wody.

Cytrofena jest połączeniem kwasu cytrynowego z p. fenetydyną a ponieważ kwas cytrynowy jest trójzasadowym, przeto potrzebuje do swego wysycenia trzech grup fenetydyny, zatem o dwie więcej, niż fenacetyna i laktofenina.

Według doświadczeń autora na samym sobie 2 gramy cytrofeny nie sprawiają żadnych dolegliwości i (u zdrowego) żadnych w ogóle następstw.

Cytrofena zadawana po 0·50 do 1·00 w siedmiu przypadkach duru brzusznego obniżała temperaturę w ciągu dwóch godzin o 2 do 3 stopni w czasie, gdy temperatura dąży do podnoszenia się. Pacyenci po zadaniu cytrofeny czuli się bardzo dobrze (*euphoria*), po zażyciu zaś jej wieczorem spali wybornie. Również dobrze wpływała cytrofena na gorączkę a nawet i na funkcye żołądka u suchotników. Bardzo pomyślnie działała cytrofena w migrenie i bólach nerwowych. Nawet dawki dzienne do 6 gramów znosili chorzy bez żadnych dolegliwości. Obecnie robi się w kilku klinikach i szpitalach z cytrofena doświadczenia, z których autor zda sprawę w swym czasie.

Cytrofenę wyrabia fabryka pod firmą: Meister, Lucius i Brüning w Höchst nad Menem. *(Deutsche medic. Wochenschrift* 27. Czerwca 1895).

VI. FAUNA ZWŁOK.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Każdy z nas wie z doświadczenia, z jaką to natarczywością atakuje nas rój much w skwarnym dniu letnim; kiedy bodaj na chwilę pragniemy usnąć, muchy usiłują nam wtargnąć w otwory jam ciała, jak w otwory nosowe, w szpary powiekowe a to w celu złożenia jaj. Wiemy również, że te pasorzyty zakładają z pomyślnym skutkiem gniazda swe pod skórą mniej odpornych jednostek, jak dzieci i niedołężnych starców i dają powód do owrzodzeń rojących się z czasem od mnóstwa czerwi much. Już te spostrzeżenia pouczają nas, że muchy lubują się tylko w świeżem ciele. To też i sprawę zniszczenia zwłok ludzkich inaugurują muchy często już w chwili, zanim człowiek wyda ostatnie tchnienie.

Mucha domowa, plujka (*musca vomitoria vel calliphora*), rodzaj *curtonevra*, trupiarka (*musca mortuorum*), oto pierwsze pasorzyty, które zwłaszcza letnią porą obsiadając tłumnie zwłoki, składają w ich załamkach i naturalnych otworach jaja, z których się potem wylęgają obłe, białawe a ruchliwe pędraki; te zaś podminowawszy skórę, zagnieżdżają się w tkance podskórnej i powierzchownych mięśniach, poczem rychło przemieniają się w poczwarki. Żywią się one częściami płynnemi tkanki podskórnej i mięśni a pod koniec miesiąca od swego osiedlenia się giną, pozostawiając zaschłe poczwarki.

Z chwilą wytworzenia się wybitnej woni cuchnącej, zatem około 3 do 6. dnia od chwili śmierci człowieka, osiedlają się muchy z rodzaju *lucilia* i *sarcophaga* a w sprzyjających okolicznościach roztocze z rodzaju *uropoda*. Okres działania tych pasorzytów trwa trzy lub cztery miesiące od chwili śmierci.

Okres trzeci cechują chrząszcze, mianowicie rodzaj *dermestes*, spokrewniony ze skórnikiem słonińcem *(dermestes lardarius)* przebywającym w słoninie i motyle z rodzaju *aglossa*. Ściąga je przeobrażony tłuszcz zwłok, który pożerają. Zjawiają się one bezpośrednio po usunięciu się pasorzytów okresu drugiego. Okres czwarty przypada na gatunki muchówek z rodzaju *pyophila*, *anthomyia* i na rodzaj chrząszczy *necrobia*. Oba powyższe rodzaje pasorzytów ściąga przemiana gnilna, którą autorowie zwą serzastą, już nawet z tego względu, że gatunki wymienionych dla tego okresu muchówek, żerują także chętnie na serze.

Zjawienie się tych pasorzytów cechuje ósmy miesiąc od chwili śmierci człowieka.

Z chwilą przeobrażenia się miękkich części ciała w brudną posokę zjawiają się gatunki muchówek *ophiraphora* i *tyreophora*, które stanowią cechę piątego okresu, oddalonego o rok od chwili śmierci.

W szóstym okresie, trwającym aż do 18-tu miesięcy lub dwóch lat, występują chrząszcze, mianowicie gatunki grabarzy, *silpha*, *hister*, *saprinus*, wreszcie roztocze (*acarina*) z grupy *tyroglyphinae*, do której należy znany pasorzyt sera, tak zwany serowiec (*tyroglyphus siro*). Te pasorzyty pochłaniają resztki części płynnych.

W okresie siódmym zjawiają się chrząszcze i motyle, których zadaniem jest zniszczyć tkanki zeschłe, jak skórę, ścięgna, powięzie, więzadła, włosy. Są to antreny, pewne rodzaje *dermestes* i małe mole z rodzaju *tineola*. Rola ich wypełnia trzeci rok.

Wreszcie w ósmym okresie przypada smutna rola zadowolenia się resztkami zwłok i ziemi złożonej z wydzielin i pozostałości po poprzednich pasorzytach chrząszczom, mianowicie rodzajowi *ptinus* i tak zwanemu mącznikowi (*tenebrio*). Wedle badań prof. Perriera spełniają one swe zadanie w ciągu czwartego roku.

Pasorzyty, o których mowa, dostają się do zwłok częścią jeszcze, zanim zwłoki zostaną pogrzebane, częścią zaś, jak n. p. chrząszcze wnikają w ziemię; wreszcie zdarza się, że jeden rodzaj pasorzytów wnosi ze sobą zarodniki innych, n. p. jak to widział Mégnin, muchy, owady i stonogi wnoszą ze sobą nimfy roztoczów.

Prócz tych, niemal stale i zawsze spotykanych pasorzytów trupich, zdarzają się inne więcej przypadkowe. Do nich należą głośne z *cause célèbre* Harbauma i równorzędnego przypadku Maschki mrówki, o których gorliwości w uprzątnięciu padliny łatwo się przekonać, wrzucając do mrowiska zwłoki zwierzęce; ulegają one bowiem wkrótce takiemu zniszczeniu, iż z nich zostaje tylko kościec.

Wreszcie należą tu także niektóre robaki, n. p. dżdżownica (*lumbricus terrestris*), pewne gatunki obleńców, opisane przez Hofmanna[14]) jako białawo-żółte, prawie przeźroczyste robaki, wreszcie opisane przez Schneidera *pelodera strongyloidea*.

Znając biologię pasorzytów napotykanych prawie stale w zwłokach na powietrzu leżących lub więcej powierzchownie zagrzebanych, można się pokusić o oznaczenie czasu, jaki od chwili śmierci upłynął, opierając się na obecności tych lub owych gatunków. Mimo to należy ostrożnie i z zastrzeżeniem wydawać podobne orzeczenie, gdyż łatwo można się omylić, zwłaszcza, jeźli się nie zna tych pasorzytów. W wielkich i należycie uposażonych zakładach sądowo-lekarskich, n. p. w wiedeńskim i paryskim, znajdują się odpowiednie zbiory rzeczonych pasorzytów, służące do demonstracyi. Wreszcie istnieją illustracye ich dodane do prac niektórych autorów.

Jak bardzo trudno oznaczyć czas, który upłynął od śmierci, dowodzą dostatecznie przykłady. Brouardel[15]) podaje przypadek tyczący się zwłok noworodka, znalezionego w polu, w którym podjął się oznaczenia czasu, który od śmierci mógł upłynąć. Zwłoki ważyły 520 grm., były zasuszone a tkanki niektóre n. p. mięśnie przeobrażone w tłuszcz. Powierzchnię zwłok pokrywała gruba na 2 mm powłoka brązowego pyłu, złożonego z wydzielin pasorzytów i resztek rodzaju *tyroglyphus longior*. W czaszce, w której mózg uległ już zupełnemu zniszczeniu, znaleziono żywe pasorzyty (*tyroglyphus longior*); prócz tego dostrzeżono poczwarki i resztki po molach, natomiast nie zauważono ani śladu gatunku skórnika (*dermestes*).

Fumouze obliczył, jak wyżej podano, olbrzymią płodność gatunku *tyroglyphus*. Otóż Brouardel i Mégnin oznaczyli czas, który upłynął od śmierci w następujący sposób: Mégnin obliczył w przybliżeniu, że na pokrycie kwadratowego centymetra powierzchni trzeba 800 skórników wraz z ich wydzielinami, zatem na pokrycie całej powierzchni ciała noworodka trzebaby było $2^1/_2$ miliona pasorzytów; na wytworzenie się tej liczby pasorzytów potrzeba było, zdaniem ich, około 5 miesięcy czasu. Ponieważ nie zauważono w zwłokach skórnika (*dermestes*), zatem orzeczono, że zwłoki musiały początkowo leżeć przez dłuższy czas w suchem miejscu a potem dopiero dostały się na pole. Obliczenie powyższe mogło być prawdopodobne jedynie wtedy, gdyby zwłoki nie uległy przemianie tłuszczo-woskowej, gdyż doświadczenie poucza, że tłuszczowosk utrzymuje się przez lata a zatem nie byłaby wykluczona w tym razie możliwość, że roztocze dostały się do zwłok dopiero po upływie dłuższego czasu, nawet kilku lat od chwili śmierci.

Orzeczenie Bergereta[16]), jakoby od chwili śmierci noworodka, którego zwłoki znaleziono strupieszałe (w mumifikacyi), upłynęły 2 lata, ponieważ znalazł przy nich szczątki z poczwarek much ścierwników a nadto żywe czerwie molowców, było fałszywem, gdyż dokładne spostrzeżenia autorów poprzód wymienionych wykazują inne okresy czasu dla znalezionych w zwłokach noworodka pasorzytów.

Trudność dokładnego oznaczenia czasu od chwili śmierci polega na tem, że różne zwłoki w jednym i tym samym czasie okazują różne stopnie zniszczenia; albowiem różna szybkość niszczenia zwłok zależy po części od znanych, po części od nieznanych a niedających się obliczyć stosunków, na co słusznie zwraca uwagę Schauenstein[17]). Wszakżeż spostrzeżenia Thoureta, Orfili, Gaultiera, Erismanna z pod Plewny itd. wykazały przy gromadnych ekshumacyach zwłok ludzi zmarłych w jednakim czasie, że gdy jedne z nich uległy już prawie zupełnemu zniszczeniu, to znów drugie miały jeszcze dość dobrze zachowane części miękkie.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że jakkolwiek można ocenić i oznaczyć chwilę śmierci z rozwoju fauny trupiej, to jednak wskazaną jest przytem wielka ostrożność. Nadto powinien mieć znawca w podobnym przypadku na pamięci słowa Orfili, że nie wyświadcza się bynajmniej przysługi medycynie sądowej a przez nią sprawiedliwości, jeźli się przecenia wartość środków pomocniczych, które medycyna sądowa wskazuje dla dopięcia celu.

Fauna zwłok spoczywających w wodzie jest mniej od poprzedniej znaną. Pominąwszy zwierzęta ssące, jak szczury wodne, przyczyniają się do zniszczenia zwłok, niektóre chrząszcze, pluskwiaki (*rhynchota*), skorupiaki (*crustacea*) i inne.

Z chrząszczy zasługują na uwagę: kałużnica czarna (*hydrophilus piceus*) żyjąca w wodach stojących, pływak żółtobrzeg (*dytiscus marginalis*) żyjący przeważnie w wodach sto-

[14]) Lehrbuch d. ger. Med. VI. A. 1893.
[15]) Annales d'hyg. 1879.
[16]) Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 1895. Nr. I. s. 65.
[17]) Handbuch d. ger. Med. von Maschka. Tubingen 1882. T. III.

jących, drapieżny podobnie jak i jego gąsienica, żywiący się mięsem padliny lub nawet żywych zwierząt, n. p. ryb, wreszcie wirek krętaczek *(gyrinus natator)* młynkujący po powierzchni wód stojących. Z pluskwiaków wypada wspomnieć płoszczycę *(nepa)*, z skorupiaków raka *(astacus fluviatilis)*, kiełża *(gammarus pulex, Flohkrebs)* i rozwielitkę *(daphnia pulex, Wasserfloh)*. Wreszcie spotyka się na powierzchni zwłok leżących w wodzie pośród gęstych pilśni pasorzytów roślinnych, o których gatunkach i znaczeniu sądowo-lekarskiem ogłosił niedawno pracę Haberda [18]), także miryady wymoczków z rodzaju małżynków *(stylomychia)* i t. p.

VII. † Władysław Matlakowski.

Lat temu czternaście pojawił się w Krakowie na trzecim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich młody chirurg warszawski, były asystent kliniki chirurgicznej fakultetu tamtejszego, którego opinia tak młodszych, jako i starszych lekarzy warszawskich jednomyślnie wskazywała jako przyszłego przewodnika chirurgów warszawskich a który już wówczas dał się był poznać i na polu literackiem kilkoma wybitnemi pracami, ogłoszonemi w warszawskiej *Medycynie*. I rzeczywiście poznaliśmy w Nim człowieka talentu niezwykłego, o wiedzy lekarskiej i ogólno ludzkiej bardzo szerokiej, z sercem gorejącem dla wszystkiego, co dobre, co prawdziwe, co szlachetne, z niepospolitym zapałem równie dla zagadnień naukowych, jak dla spraw krajowych i kwestyj społecznych a to wszystko zdradzało bystre oko, niezwykłe inteligentny wyraz twarzy, żywe ruchy a wreszcie Jego czyny i słowa!

Być może, że zbyt żywy, czasem nawet wybuchający temperament tu i ówdzie kogoś dotknął lub odepchnął, większość jednak osób, które się z Matlakowskim zetknęły, czuła się przecież silnie przyciągniętą. Do tych ostatnich należał i piszący te słowa, który od pierwszego spojrzenia zawarł z ś. p. Władysławem choć formalnie nie stwierdzoną a jednak później tak licznymi objawami stwierdzającą się przyjaźń.

Matlakowski nie pozwolił długo czekać na urzeczywistnienie nadziei w sobie pokładanych. Zostawszy ordynatorem jednego z oddziałów chirurgicznych w szpitalu Dzieciątka Jezus zgromadził tamże wkrótce wielki materyał operacyjny, stał się głównym propagatorem antyseptyki w Warszawie i Królestwie Polskiem, zasłynął jako biegły operator i zapełnił prawie wszystkie polskie czasopisma fachowe doskonałemi praktycznemi i naukowemi pracami. Dosyć przytoczyć, że *Przegląd chirurgiczny*, którego pierwszy zeszyt poświeconym był właśnie ś. p. Władysławowi Matlakowskiemu, wymienił 68 prac, które tenże ogłosił w ciągu lat 15-tu (1877—1892), wszystkie tak co do treści, jak i języka wyborne tak, że każda z nich ukazaćby się mogła w najpoważniejszych czasopismach i rocznikach zagranicznych. Nieboszczyk trzymał się zasady, że Polakowi należy ogłaszać swe prace w czasopismach polskich a jakkolwiek był poliglottą (oprócz języków ojczystego i rosyjskiego, które znał doskonale, pisał i mówił wcale poprawnie po francusku, niemiecku i angielsku), tylko trzy razy sprzeniewierzył się tej zasadzie, ogłaszając lepsze ze swych prac i w obcych językach a mianowicie jednę w *Archiv für klinische Chirurgie*, jednę w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* i jednę w *Annals of Surgery*.

Że Matlakowski nie tylko dzielnym był chirurgiem, lecz w ogólności wykształconym lekarzem i przyrodnikiem, świadczy najlepiej głęboko napisana polemika przeciw Ochorowiczowi, gdy tenże ośmielił się wystąpić jako reformator nauki lekarskiej; lecz co u lekarza jeszcze rzadsze, zajmował się on i to z zamiłowaniem i z właściwą sobie gruntownością, sprawami etnograficznemi, czego najlepsze dowody złożył w pracach wydanych przez tutejszą Akademię Umiejętności, jak: *Zbiór wyrazów ludowych dawnej ziemi czerskiej*, *Słownik wyrazów ludowych, zebranych w Czerskiem i na Kujawach* a przedewszystkiem w dziele pod tytułem: *Budownictwo ludowe na Podhalu* z 23 tablicami litograficznemi i 25 rysunkami w tekscie, w którym przebija się z jednej strony wielkie zamiłowanie do wszystkiego, co swojskie, z drugiej zaś niepospolity dar spostrzegawczy.

Matlakowski zajmował się prócz tego wszystkiego jeszcze i ogólnem piśmiennictwem a wymownym dowodem wielostronności jego umysłu jest wyszłe co właśnie z druku w wspaniałem wydaniu dzieło: Wilijam Szekspir. *Hamlet, królewic duński*. Wydał, przełożył, wstępem, wyjaśnieniami i przypisami opatrzył Władysław Matlakowski. Kraków 1894. Czcionkami tłoczni Wszechnicy Jagiellońskiej. 8-ka Str. CDXVII wstępu, Hamlet w tekscie polskim i angielskim z objaśnieniami str. 346.

Przed kilkoma laty pokazały się pierwsze objawy chronicznej, lecz groźnej choroby, które go zmusiły do opuszczenia przez siebie ukochanego przedmiotu i zajęć pochłaniających całe jego jestestwo. Odtąd przebywał prawie stale, gdyż z małemi tylko przerwami, już to na południu, już to w Zakopanem a w końcu w Zbijewie, majątku rodziców żony, gdzie też zmarł dnia 26. Czerwca r. b., ukończywszy lat 44.

Dzisiaj płaczą wraz z kolegami i licznymi pacyentami, którym ś. p. Matlakowski życie lub zdrowie przywrócił, nad Jego mogiłą biedna opuszczona wdowa i syn małoletni, którym niech będzie osłodą w ich ciężkiej niedoli to, że najdroższy ich wybudował sobie sam pomnik trwalszy od spiżu a im zostawił w spuściźnie rzeczy cenniejsze od fortuny, bo wdzięczność współrodaków, sławę i dobrze zasłużone imię. Śpij spokojnie druhu miły!... Cześć Twej pamięci!

Alfred Obaliński.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Lipca 1895 r.

— Walne zgromadzenie delegatów sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w sobotę 6-go Lipca b. r. o godzinie 6. wieczorem w lokalu Towarzystwa we Lwowie przy Rynku Nr. 10. II. piętro.

(Zawiadomienie o tem otrzymała redakcya *Przeglądu lekarskiego* w dniu 28. z. m. już po odbiciu poprzedniego Nru niniejszego pisma. Przyp. red. *Przegl. lek.*).

— Docent prywatny w Uniwersytecie Jagiell. Dr. Adolf Beck mianowany profesorem nadzwyczajnym fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

— W dniu 19. Czerwca b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. przewodniczący odczytał zaproszenie prof. Rydygiera na VII. zjazd chirurgów polskich, wystosowane do członków Tow. lek. krak. Następnie kol. Czajkowski mówił o etyologii odry; w dyskusyi zabierali głos koll. Jakubowski, Bujwid, Słapa, Jaworski i prelegent, poczem kol. Jordan miał rzecz o ciąży pozamacicznej.

— W uznaniu zasług około zwalczania cholery w latach 1893. i 1894. otrzymali od N. Pana Dr. Bazyli Kluczenko, radca rządu krajowego i protomedyk Bukowiny order korony żelaznej 3. klasy, tytuł cesarskich radców Dr. Józef Barzycki i Dr. Zdzisław Lachowicz we Lwowie, złoty krzyż zasługi z koroną lekarze powiatowi Dr. Jan Bednarski w Nadwornie, Dr. Karol Werner w Śniatynie, Dr. Gustaw Bielański w Krakowie, Dr. Alojzy Loewy w Nisku i Dr. Herman Tittinger w Kocmaniu, wyraz najwyższego uznania Dr. Eugeniusz Mandybur w Gurahumorze, Dr. Leon Piotrowski w Waskoutz i Doktorand medycyny Leon Kobylański.

— Wydział krajowy zamianował Dra Stanisława Dwernickiego sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Dowiadujemy się, że ministeryum w Petersburgu zatwierdziło urządzenie w Ojcowie zakładu hidropatycznego, który pod nazwą

[18]) Einiges über Wasserleichen. Vierljschr. f. ger. Med. 1895. Z. 1.

Gopłana stanął u podnóża zwalisk starożytnego zamku w tej miejscowości.

— W odbytych w dniu 22. z. m. w Towarzystwie lekarskiem kaliskiem wyborach zostali prezesem Dr. Józef Rymarkiewicz, wiceprezesem Dr. A. Drozdowski, sekretarzem Dr. A. Beatus, bibliotekarzem Dr. B. Wojciechowski a podskarbim Dr. J. Merkel.

— Uzupełniając wiadomość podaną w ostatnim (26.) numerze *Przeglądu lekarskiego* a tyczącą się dokonania cięcia cesarskiego kilka razy na tejże samej osobie, pisze nam Sz. Kol. Dr. H. Święcicki z Poznania, że już przed 10 laty Birnbaum z Kolonii przytoczył w *Archiv fur Gynaekologie* opis pięciu cięć cesarskich na żonie pewnego zegarmistrza wędrownego. Przy ostatniej operacyi umarła pacyentka.

— W myśl postanowień międzynarodowej konwencyi sanitarnej w Dreźnie odbyła się temi dniami w austro-węgierskiem ministerstwie spraw zagranicznych narada reprezentantów Austro-Węgier i Rosyi w przedmiocie uregulowania ruchu pogranicznego między temi państwami na przypadek wystąpienia epidemicznego cholery i doprowadziła do zupełnego porozumienia się.

— **Posada** sekundaryusza przy szpitalu w Tarnowie z pensyą roczną 400 złr. mieszkaniem, wiktem, opałem i światłem. Podania do 15. Lipca b. r. do magistratu tarnowskiego.

— **Posada** sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie na trzy lata. Pensya roczna 300 złr., mieszkanie, opał i światło. Podania do 10. Lipca b. r. do kancelaryi zboru izraelickiego we Lwowie przy ulicy Rzeźniczej Nr. 5.

— **Nekrologia.** W dniu 28. Czerwca b. r. zmarł **Tomasz Henryk Huxley**, słynny biolog i anatom angielski.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 26. B. Dz[illegible]awski: *Frenula labiorum lateralia*, przyczynek do anatomii jamy ustnej, jakoteż patogenezy jej owrzodzeń. J. Rosenthal: Pochwowe przyszycie macicy tyłozgiętej (*vaginofixatio uteri retroflecti*) i otwarcie pochwowe jamy brzusznej (*coeliotomia vaginalis*) celem wycięcia nowotworów w przydatkach macicy (*adnexa uteri*). W. Kamocki: O mięczkowatem zwyrodnieniu łącznicy. — W *Medycynie* Nrze 26. S. Orłowski: Przypadek padaczki częściowej ciągłej. A. Koral: Pierwsza serya chorych na błonicę leczonych surowicą przeciwbłoniczą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Przy kasie brackiej kopalni węgla c. k. uprzyw. kolei północnej cesarza Ferdynanda, jest do obsadzenia posada lekarza z siedzibą w polskiej Ostrawie (Zarubek) w Szląsku z dniem 1. Października 1895 roku pod następującemi warunkami:

1) Leczyć ma ten lekarz około 1600 członków kasy brackiej kopalni wymienionej, zamieszkałych w gminach: polska Ostrawa, Radwanitz, małe Kunczice, wielkie Kunczice, Barlowice i Ratimów, za zapłatą roczną od członka 1 złr. 25 ct.;

2) Co się tyczy praktyki prywatnej lekarskiej jest ona dozwolona w wymienionych gminach, zaś poza temi gminami tylko za wyraźnem zezwoleniem przełożonego kasy brackiej;

3) O zaprząg ma się lekarz własnym kosztem postarać;

4) Wymaga się koniecznie znajomości języka niemieckiego i polskiego albo czeskiego.

Objęcie tej posady, może ewentualnie przed 1. Październikiem nastąpić. Wymaga się także 3-letniej praktyki po promocyi.

Co się tyczy instrukcyi dla lekarzy kasy brackiej, może petent wglądnąć w nie w inspektoracie górniczym kolei północnej w morawskiej Ostrawie i musi do takowej ściśle się zastósować.

Pisemne podanie ma być złożone na ręce przełożonego kasy brackiej kopalni węgla c. k. uprzyw. kolei północnej cesarza Ferdynanda w morawskiej Ostrawie a to najdalej do 15. Lipca 1895 r.

Załączniki lub dopiski podania muszą być urzędowo potwierdzone, podane w oryginale lub w odpisach, innych się nieuwzględnia.

Morawska Ostrawa 15. Czerwca 1895.

Zarząd kasy brackiej kopalni węgla c. k. upr. kolei północnej cesarza Ferdynanda.

135—2—2

H. Schrott.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 13. Lipca 1895 r. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. Gr. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Badania doświadczalne nad powstawaniem urobiliny.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 17. Kwietnia 1895.

przez

Prof. Dra A. Becka.

W roku 1867. odkrył Jaffe przypadkowo w moczu barwik, któremu nadał nazwę urobiliny. Ciało to barwy brunatnej, w roczczynie czerwono-żółte okazuje właściwe spektrum absorpcyjne, mianowicie smugę w części zielonej widma a z chlorkiem cynku i amoniakiem żywą fluorescencyę. Barwik ten obudził żywe zajęcie nie tak u fizyologów, jak raczej u patologów i kliników, albowiem jakkolwiek występuje już w prawidłowym moczu, to jednakże ilość jego zwiększa się w stanach patologicznych, szczególnie połączonych z gorączką albo zastojem ogólnym. To też od początku zwrócono szczególną uwagę na pochodzenie i miejsce powstawania urobiliny w ustroju. Pierwszy Maly wykazał, że barwik ten jest pochodnym bilirubiny i powstaje z niej przez odtlenienie; mianowicie, jeżeli bilirubinę podda się działaniu silnych środków redukcyjnych, jak n. p. amalgamu sodu, to powstaje barwik zupełnie identyczny z bilirubiną, barwik, który Maly nazwał hidrobilirubiną. Maly też odrazu zwrócił uwagę, że w ustroju posiadamy ognisko, gdzie taka redukcya się odbywa. Jest niem światło jelit a zwłaszcza jelita grubego, gdzie pod wpływem bakteryj odbywają się żywe sprawy gnicia, wskutek których wytwarza się wodór *in statu nascenti* a wobec tak silnego środka odtleniającego barwiki żółci zamieniają się na hidrobilirubinę. Zgodnie z tem wykazali Masius i Vanlaire, że w kale nie znajdują się barwiki żółci, lecz inny barwik, który oni nazwali sterkobiliną a który okazuje wszystkie cechy urobiliny.

Teorya powstawania urobiliny w jelitach *(urobilinuria enterogenes)* znalazła wielu zwolenników, szczególnie w Niemczech, którzy zapatrywanie powyższe poparli nadto innemi spostrzeżeniami: U noworodków w pierwszych dniach życia nie spotykamy urobiliny w moczu a zjawia się ona w nim dopiero trzeciego dnia, to jest wtedy, kiedy bakterye gnilne dostały się już do przewodu pokarmowego i rozpoczęły tu swoje działanie. Rosenbach wykazał, że gdy treść jelita cienkiego lub kał oddany po środkach przeczyszczających nie zawiera urobiliny, lecz tylko barwiki żółci, to w kale prawidłowym a więc w treści jelita grubego znajduje się urobilina a nie ma śladu barwików żółci. Dalej jeżeli przewód żółciowy główny zostanie wskutek jakiejkolwiek sprawy chorobowej zamknięty, to urobilina znika szybko z moczu a Müller przekonał się w jednem doświadczeniu u człowieka z zamkniętym przewodem żółciowym, że po podaniu żółci *per os* urobilina wystąpiła w moczu.

Spostrzeżenia powyższe nie zdołały jednak przekonać francuskich badaczy, którzy utrzymują, że źródłem urobiliny ustroju nie są jelita, lecz wątroba *(urobilinuria hepatogenes)*.

Opierają się oni głównie na spostrzeżeniu, że już w żółci prawidłowej, zebranej z pęcherzyka żółciowego znajduje się urobilina, jakoteż na obserwacyi przypadków chorobowych, w których występuje za życia urobilinurya a przy sekcyi nie znajduje się żadnych zmian w ustroju prócz degeneracyi komórek wątrobowych. Na tej podstawie przyjmują, że każda urobilinurya jest wyrazem zmian w komórkach wątrobianych, które nie wytwarzają prawidłowych barwików żółci, lecz urobilinę. Stan ten wątroby nazywają *insuffisance hépatique*.

Trzecia teorya przyjmuje za źródło urobiliny barwik krwi *(urobilinuria haematogenes)* a to na podstawie spostrzeżeń, że po krwotokach wewnętrznych w miarę, jak krew ulega wessaniu, występuje urobilina w moczu.

Do powstania tej teoryi dały pochop badania Hoppe-Seylera, któremu udało się z hematyny przez energiczną redukcyę otrzymać urobilinę.

Występowanie w niektórych przypadkach żółtaczki urobiliny w moczu, przy zupełnym braku w nim barwików żółciowych skłoniło znowu niektórych autorów do wypowiedzenia teoryi powstawania urobiliny w tkankach z bilirubiny dzięki redukcyjnym własnościom komórek tkankowych *(urobilinuria histogenes)*.

W końcu istnieje i piąta teorya powstawania urobiliny a wypowiedział ją po raz pierwszy Leube na podstawie kilku spostrzeżeń u chorych na żółtaczkę, u których w moczu występowała urobilina, której nie było w pocie. Wychodząc z założenia, że skoro urobiliny nie ma w pocie, nie ma jej także we krwi a skoro przecież występuje w moczu, musi powstawać w drodze pomiędzy krwią a tą wydaliną, t. j. w nerkach, przyjmował, że nerki są miejscem, w którem bilirubina ulega odtlenieniu w urobilinę *(urobilinuria nephrogenes)*. Teorya ta jednak upada wobec zgodnych spostrzeżeń innych autorów, którzy badając surowicę krwi i różne przesączyny w workach surowiczych, znajdowali w nich urobilinę.

Jak z tego widać, na brak teoryi uskarżać się nie można a już to samo wskazuje, że sprawa jest bardzo zawiłą. Z tego powodu każdy nowy fakt, każde nowe spostrzeżenie, które nasze zapatrywanie jest w stanie wzmocnić, nabiera znaczenia. A kilkoma takiemi nowemi spostrzeżeniami pragnę podzielić się z czytelnikami.

Badania, które wykonałem za poradą profesora Gluzińskiego, miały przedewszystkiem na celu przekonać się, czy pod wpływem bakteryj w przewodzie pokarmowym rzeczywiście mogą prawidłowe barwiki żółci ulegać redukcyi i czy powstała ztąd hidrobilirubina jest identyczna z urobiliną. W tym celu zbierałem żółć różnych zwierząt, jak wołu, świni, kota, psa do sterylizowanych rurek odczynnikowych i po dodaniu również sterylizowanego bulionu szczepiłem różnemi bakteryami, jak bakterye gnilne, *bacterium coli commune, typhi abdominalis, cholerae, staphylococcus pyogenes aureus*. Ponieważ jednak już świeża żółć zawiera nieco urobiliny, przeto trzeba było przeprowadzać badania ilościowe urobiliny przed działaniem i po działaniu bakteryj. W tym celu użyłem spektrofotometru Glana w zakładzie fizyologicznym. Doświadczenia te wykazały, że pod wpływem prawie wszystkich bakteryj wytwarza się z barwików żółci barwik okazujący wszystkie cechy urobiliny, jednakże w największej ilości pod wpływem bakteryj gnilnych: nie więcej, jak w dobę po wstawieniu rurek do termostatu prawie cała bilirubina zamieniła się na hidrobilirubinę. Oczywiście, że jeżeli przy sztucznej hodowli wskutek rozwoju bakteryj gnilnych urobilina się wytwarza nawet wobec przystępu powietrza, to wytwarzanie to musi się energiczniej odbywać w jelicie, gdzie tlenu nie ma, gdzie tlen czerpać muszą bakterye z otaczających je substancyj, gdzie więc sprawa redukcyi musi być o wiele żywsza.

Nie ulega przeto wątpliwości, że w jelitach pod wpływem rozwoju bakteryj gnilnych powstaje hidrobilirubina; kwestya tylko, czy jest ona identyczna z tą urobiliną, którą znajdujemy w moczu, pod tym względem bowiem podnoszono pewne zarzuty. I tak Mac Munn i inni nie uważają sterkobiliny i hidrobilirubiny za identyczna z urobiliną moczu a jako główną różnicę pomiędzy niemi podają to, że urobilina okazuje jednę tylko smugę w części zielonej widma, gdy hidrobilirubina i sterkobilina oprócz tej smugi okazują jeszcze jedne, dwie lub trzy smugi w części czerwono żółtej, występujące szczególnie po dodaniu $ZnCl_2$ i NH_3; prócz tego wskazują autorowie ci na pewne różnice we fluorescencyi po dodaniu chlorku cynku i amoniaku.

Jednakże doświadczenia na psie z przetoką żółciową, które wkrótce przedstawię, przekonały mnie, że w pewnych okolicznościach w żółci psa znaleść można barwik różowy, sam przez się dający fluorescencyę, którego widmo okazuje jednę lub dwie smugi w części czerwono żółtej, odpowiadające położeniem swem smugom dodatkowym, opisanym przez Mac Munna i innych. Ponieważ barwik ten rozpuszcza się we wszystkich tych środowiskach, co urobilina, przeto, jeżeli się gdzieś znajduje obok urobiliny, oddzielić tych dwóch barwików od siebie nie można i dlatego wtedy mamy wrażenie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z jednem ciałem. Tymczasem jeżeli raz znajdujemy w żółci smugę urobilinową, innym razem smugi w części czerwonej widma a wreszcie innym razem oba widma razem, mamy prawo przyjąć, że mamy przed sobą dwa barwiki. To też przypuścić należy, że angielscy autorowie mieli do czynienia właśnie z tą mięszaniną.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Sectio caesarea post mortem.
Płody żywe.

Podał

Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

Już w wiekach starożytnych nakazywało ustawodawstwo w czasie, jak można najkrótszym po stwierdzeniu śmierci osoby będącej w końcu ciąży wykonać cięcie cesarskie. Z tego należy wnosić, iż już w owych czasach wiedziano, że można po śmierci matki niekiedy wydobyć płód żywy i że równocześnie ze śmiercią matki nie zawsze następuje śmierć płodu.

Jeżeli śmierć matki szybko nastąpi bez poprzedniego schorzenia organizmu, to należy się spodziewać, iż prędzej uda się za pomocą cięcia cesarskiego płód uratować, aniżeli wtedy, gdy śmierć matki nastąpiła powoli. W każdym razie należy przystąpić do wykonania zabiegu jak najrychlej i nie później, jak w 10—15 minut po stwierdzeniu śmierci matki. Przeważna liczba opisanych rękoczynów, pomyślnym uwieńczonych wynikiem, wykonaną była w 5—10 minut po śmierci matki. Do bardzo już rzadkich należy zaliczyć przypadek Pinglera *(Monatschrift.* Tom XXXV.) wydobycia płodu w [illegible] minut po śmierci matki; Winckel *(Berichte und Studien aus dem Entbindungsinstitute in Dresden.* Tom II. 1876) przypuszcza nawet, że wszystkie doniesienia o wydobyciu płodu żywego w pół godziny lub później po śmierci matki są nieprawdziwe.

Z powodu niezbyt zachęcających wyników cięcia cesarskiego po śmierci matki, zalecają niektórzy autorowie wykonywać zabieg ten już podczas agonii i to w razie potrzeby nawet w uśpieniu chloroformem lub eterem; inni wreszcie wprost zarzucają to postępowanie i radzą nie wykonywać wcale cięcia cesarskiego po śmierci matki, jako rękoczynu nie przynoszącego korzyści a bądź co bądź nie obojętnego dla otoczenia, zwłaszcza dla bliskiej rodziny zmarłej. Rzeczywiście daty statystyczne tego zabiegu wykazują wcale nie świetne wyniki a, co więcej, różni autorowie do bardzo różnych doszli wyników i tak, gdy jedni obliczają i podają liczbę żywo wydobytych płodów zaledwie na 1%, to inni na 11%; różnice więc w obliczeniach są bardzo wielkie a pochodzą, jak się zdaje, prawdopodobnie z przyczyny nie jednostajnego materyału statystycznego (zakłady publiczne i praktyka prywatna).

Z powodu zatem, że wydobycie płodu żywego wydarza się bardzo rzadko, a następnie na poparcie, że po śmierci matki powinno się robić cięcie cesarskie i nie należy tego postępowania zarzucać, ośmielam się podać poniżej 2 przypadki cięcia cesarskiego po śmierci matki, wykonane w ostatnich latach w oddziale położniczym, oba z wynikiem pomyślnym dla płodu.

Przypadek pierwszy Nr. prot. położnic 301. z r. 1890. M. G., lat 30, religii rz. kat., wolna, służąca z Krakowa, przyjęta została do szpitala w dniu 27. Sierpnia przed południem w stanie na pół przytomnym. Badanie wykazało ciążę pierwszą, miesiąc księżycowy IX. skończony, położenie płodu czaszkowe II. ustalone, tętno płodu dobrze słyszalne; czynność porodowa rozpoczęta, część pochwowa niezupełnie jeszcze zanikła, ujście zewnętrzne na koniec palca. Na twarzy znaczna sinica, bezdech, w płucach liczne drobne rzężenia. Wymiar poprzeczny serca powiększony, nad koniuszkiem serca dwa szmery, rozkurczowy wyraźniejszy, tętno regularne, szybkie, dość dobrze napięte. Kończyny dolne bardzo znacznie obrzękłe, w moczu sporo białka. Z powodu groźnego stanu chorej założono do jamy macicy świeczkę w celu przyspieszenia porodu; w godzinę później wystąpiły bóle silniejsze, w cztery godziny po założeniu świeczki część pochwowa zanikła zupełnie, ujście zewnętrzne było rozwarte na cent. Po południu stan chorej pogorszył się znacznie; o godzinie 6-tej wieczór chora umarła nagle. W 10 minut po śmierci wykonano cięcie cesarskie i wydobyto płód płci męzkiej niedonoszony, mocno omdlały, który po 15 minutach docucono.

Sekcya wykazała: *Ruptura circularis partis ascendentis aortae subsequente haemopericardio insigni, processus atheromatosus trunci et valcularum semilunarium aortae, hypertrophia excentrica cordis sinistri, enteritis acuta, ulcera tuberculosa coeci, anasarca extremitatum inferiorum, sectio caesarea lege artis facta.*

Syn Ludwik oddany został po pewnym czasie z oddziału na wychowanie.

Przypadek drugi Nr. prot. położnic 110. z roku 1893. M. S., lat 32, religii rz. kat., wolna, służąca z Podgórza, przyjęta została do oddziału w dniu 7. Kwietnia. Osoba ta podała, że od dłuższego czasu cierpi na bicie serca i duszność i że objawy te wzmogły się w ostatnich miesiącach ciąży. Obecnie jest w ciąży po raz drugi; pierwszy raz rodziła na czasie przed trzema przeszło laty, sama, bez pomocy.

Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie dość dobre, ciepłotę ciała nie podwyższoną, tętno 86, dobrze napięte; fala tętna opada szybko. Stłumienie serca na większym obszarze; szczególniej powiększonym jest wymiar poprzeczny. Uderzenie koniuszkowe serca na zewnątrz sutka, silne, oporne. Nad koniuszkiem słychać dwa szmery, drugi niewyraźny; nad mostkiem również dwa szmery, jednak mniej wybitne. W płucach rozległy nieżyt oskrzeli drobnych. Brzuch wysklepiony znacznie przez macicę sięgającą na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, dnem ku przodowi pochyloną. Położenie płodu czaszkowe pierwsze, tętno płodu dobrze słyszalne. Kończyny dolne nieco obrzękłe. W moczu ślad białka. Stan ten utrzymywał się przez czas dłuższy bez zmiany; dopiero 25. Kwietnia w nocy wystąpiła znaczna duszność, sinica, tętno 104, nieregularne. Polecono natychmiast *tinctura strophanti*, wino, herbatę z rumem i podano *infusum foliorum digitalis purp.*; z powodu zaś obfitych rzężeń w oskrzelach postawiono bańki suche. Chwilowo poprawił się stan ogólny chorej; jednak już po kilku godzinach wystąpiła arytmia serca większa, tętno 150, sinica bardzo znaczna, duszność wielka, skóra chłodna, wilgotna, chora na pół przytomna. Badanie przez pochwę wykazało część pochwową utrzymaną, szyjkę ku górze zwężającą się; czynność porodowa zatem nie rozpoczęła się. Ponieważ stan chorej kazał na pewne rokować źle i spodziewać niepomyślnego końca w kilku godzinach, przeto nie próbowano nawet wzniecić porodu, sądząc, iż rychlej nastąpi śmierć, aniżeliby rozpoczęła się czynność porodowa. Osłuchując okolicę serca, słychać było pomimo mnóstwa rzężeń w płucach bardzo wybitne szmery ostre, trące, dobrze słyszalne, które różniły się swą mocą znacznie od szmerów na kilka dni przedtem słyszalnych. Pomimo energicznego stosowania różnych środków podniecających serce chora umarła wśród objawów niedomogi serca i obrzęku płuc o godzinie 8 mej rano. W 5 minut po stwierdzeniu śmierci matki wykonałem cięcie cesarskie i wydobyłem płód omdlały, nie dający prawie znaków życia, który po pół godziny docuciłem. Płód płci męzkiej donoszony, ciężar ciała 3100 grm., długość 50 cm. Sekcya wykazała: *Endocarditis verrucosa ostii venosi et arteriosi sinistri, stenosis ostii venosi sinistri. Hypertrophia cordis sinistri, lipomatosis cordis dextri. Oedema pulmonum. Sectio caesarea lege artis facta.*

Syn Stanisław, zupełnie zdrowy, oddany został z oddziału po trzech tygodniach na wychowanie.

Zamiast cięcia cesarskiego zalecają niektórzy autorowie wykonywać *accouchement forcé post mortem*, albo też jeszcze podczas konania. Wykonanie tego zabiegu jest proste; jedną ręką uciska się z zewnątrz i spycha ku dołowi macicę i w ten sposób stara się ją unieruchomić, następnie wprowadza się powoli najpierw jeden, potem drugi, trzeci i t. d. palec ręki drugiej do szyjki macicy i rozszerza się ją. Oczywiście zabieg ten łatwiej da się wykonać u wieloródek, aniżeli u osób po raz pierwszy w ciąży będących. W ten sposób postępując można w przeciągu 15 minut do pół godziny wydobyć płód, czy to za pomocą obrotu na nóżki, czy też przez pociąganie główki kleszczami. W razie potrzeby przy niepodatności ujścia i szyjki można wykonać głębokie nacięcia szyjki macicy.

Na pytanie, które postępowanie lepsze, odpowiedzieć trudno, zależy to bowiem w każdym przypadku z osobna od towarzyszących okoliczności. Mojem zdaniem jednak chcąc zabieg wykonać podczas konania, bezpieczniej jest zrobić *accouchement forcé*, w danym nawet przypadku, równie jak cięcie cesarskie w uśpieniu chloroformem lub eterem; znane są bowiem przypadki, że za umarłe uznane kobiety podczas cięcia cesarskiego ożyły na nowo, w poszczególnych zaś przypadkach zarzucano, iż śmierć nastąpiła dopiero w skutek wykonania cięcia cesarskiego a nawet z tego powodu oskarżano lekarzy przed sądem. Jeżeli więc tak trudno jest stwierdzić stanowczo chwilę śmierci, tem trudniej z wszelką pewnością rozpoznać agonię.

Przeciwnie znane są przypadki, w których po wydobyciu płodu przez *accouchement forcé* stan matek znajdują-

cych się w agonii podczas zabiegu poprawiał się znakomicie; osoby takie nawet zdrowiały a tyczy się to przedewszystkiem osób cierpiących na wady serca. Przystępując do zabiegu po stwierdzeniu niewątpliwem śmierci, należy zrobić cięcie cesarskie a to dlatego, ponieważ zabieg ten daje się wykonać bardzo szybko, bo w przeciągu dwu do trzech minut, *accouchement forcé* zaś wymaga znacznie dłuższego czasu, co najmniej 15—20 minut a więc czasu wystarczającego do obumarcia płodu w łonie zmarłej matki, skutkiem czego niewątpliwie wyniki tego postępowania byłyby dla płodu bez porównania jeszcze gorsze, aniżeli to obecnie podają dla cięcia cesarskiego po śmierci.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Wyniki, jakie w ten sposób postępując otrzymałem i niejednokrotnie stwierdziłem, doprowadzają do pozytywnych niemal wniosków. Oto kilka tablic, jako przykład:

	Pokolenie	Wzrost		
		po 12 godz.	po 24 godz.	po 36 godz.
Sublimat 1 : 10,000	pierwsze	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	nieco form degener.
	drugie	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	degeneracya b. nieznaczna
	trzecie	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	degeneracya b. nieznaczna
Sublimat 1 : 1000	pierwsze	liczne formy degeneracyjne	gdzieniegdzie tylko prawidłowo zabarw. gonokok	nie rośnie
	drugie	wzrost ledwie widoczny. Mało form degener.	nie rośnie. Degeneracya nieznaczna	tu i owdzie prawidłowe zabarwienie
	trzecie	wzrost ledwie widoczny. Mało form degener.	rośnie nieznacznie	nie rośnie
Sublimat 1 : 500	pierwsze	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
	trzecie	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
Argent. nitr. 1 : 2000	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	rośnie bardzo powoli
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Argent. nitr. 1 : 1000	pierwsze	prawidłowy	mały	ledwo spostrzegalny
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	mały
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	widoczny
Argent. nitr. 1 : 100	pierwsze	mały	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	mały	spostrzegalny	nie rośnie
	trzecie	mały	spostrzegalny	nie rośnie
Acid. carbol. 1 : 10,000	pierwsze	prawidłowy	nieznacznie zmniejszony	ledwo widoczny
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	ledwo widoczny
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	widoczny
Acid. carbol. 1 : 1000	pierwsze	ledwie widoczny	spostrzegalny	nie rośnie
	drugie	widoczny, liczne formy degener.	widoczny	spostrzegalny
	trzecie	prawidłowy	słaby	nie rośnie
Acid. carbol. 1 : 500	pierwsze	słaby	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	widoczny, liczne formy degener.	zaledwo spostrzegalny	nie rośnie
	trzecie	widoczny	słaby	nie rośnie
Resorcin. 1 : 500	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Resorcin. 1 : 100	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	bardzo słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Resorcin. 1 : 50	pierwsze	zmniejszony	bardzo słaby	nie rośnie
	drugie	zmniejszony	słaby	bardzo słaby
	trzecie	zmniejszony	nieznaczny	słaby
Zinc. sulf. 1 : 500	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy

	Pokolenie	Wzrost po 12 godz.	Wzrost po 24 godz.	Wzrost po 36 godz.
Zinc. sulf. 1 : 100	pierwsze	prawidłowy	nieco zmniejszony	słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	słaby
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	słaby
Zinc. sulf. 1 : 50	pierwsze	zmniejszony	słaby	nie rośnie
	drugie	nieco zmniejszony	zmniejszony	słaby
	trzecie	słaby	słaby	słaby

Doświadczenia podobne robiłem z dosyć licznym szeregiem ciał tak często w wiewiórze używanych, jak z *kalium hypermanganicum, zincum sulfocarbolicum, thallinum sulfuricum, cuprum sulfuricum* i t. d. Wyniki otrzymywałem każdym razem mniej więcej te same, świadczące dowodnie o tem, że hodowle gonokoków na jakąkolwiek pożywkę przeszczepiane przyswajają się z biegiem czasu coraz to więcej do nowej gleby i okazują zarazem coraz to większą odporność wobec działających na nie połączeń chemicznych, jeżeli działamy jednym i tym samym środkiem na kilka pokoleń z rzędu jednej i tej samej hodowli macierzystej, nie powiększając koncentracyi roczynów.

Chcąc zatem wywołać coraz to słabszy rozwój dalszych pokoleń, potrzeba bezwarunkowo używać coraz to silniejszych rozczynów. Inaczej się rzecz ma jeżeli zmieniamy środki, poddając hodowle działaniu kolejno coraz to innych połączeń; doświadczenia w tym względzie wykazują, że odporność hodowli staje się wtedy coraz słabszą, mimo że zwiększa się koncentracyę używanych rozczynów.

Wyniki pracy niniejszej, jakkolwiek niezupełnie wyczerpującej obrany temat, rzucają jednak pewne światło na wskazanie lecznicze w ostrym wiewiórze a rzeczą klinika byłoby sprawdzić, o ile wnioski te znajdują zastosowanie w praktyce.

Doświadczenia powyższe poprzećby należało przeszczepieniami hodowli na cewkę ludzką, ale z powodu braku odpowiedniego materyału nie zdołano tego przeprowadzić. Szczepienia na psach dawały zawsze wyniki ujemne tak na błonie śluzowej cewki, jak i na spojówce oka.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć Sz. prof. Bujwidowi za jego życzliwe i cenne uwagi serdeczne podziękowanie.

IV. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Z tego, co dotychczas powiedziałem, zdaje się, wynika, że najważniejszym czynnikiem w etyologii drżenia ócz górników jest znużenie mięśniowe, kiedy samo już bez światła lamp bezpieczeństwa, bez gazów trujących jest w stanie je wywołać.

Ponieważ więc teoryi tej hołduje spory zastęp poważnych autorów, przeto w nowszych podręcznikach znachodzimy przeważnie tylko to tłómaczenie drżenia ócz górniczego (Fuchs, Fick i inni). I tak jednak są autorowie, którzy, jak wyżej wspomniałem, dopatrują się prawdy w pośrodku, n. p. Bell lub Pristley-Smith.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wspomnę jeszcze w krótkości o innych teoryach, mianowicie Oglesbyego, Jeaffersona, Kugla i Wilbranda.

Pierwszy na podstawie, iż w niektórych przypadkach wytworzyła się później epilepsya, przypisuje powstanie drżenia ócz u górników zmianom organicznym w mózgu, wywołanym przez zastój żylny i utrudnienie dopływu krwi do ośrodków ruchowych.

Jeafferson uważa ten *nystagmus* nie za samoistne cierpienie, lecz za objaw ogólnej choroby układu nerwowego, którą nazywa *miners neurosis.* Przypisuje on ją niedokrewności płatów potylicznych mózgu, wywołanej uciskiem na tętnice kręgowe skutkiem przegięcia głowy w tył przy pracy w kopalni, oraz naprężeniu *tentorium cerebelli* i powstaniu ztąd ucisku na móżdżek.

Kugel tłómaczy drżenie ócz u górników odruchem wywołanym przez olśnienie siatkówki, upatrując podobieństwo do *nystagmus* u dzieci, u których wszakże przyczyna olśniewająca znajduje się w samym oku, gdy u górników jest poza okiem, jako to światło lampek w dużej ciemnej przestrzeni i odbicie się tegoż od ścian kopalni.

Wilbrand wreszcie tłómaczy drżenie ócz w ten sposób: ciągła praca wysilająca organizm przedstawia sumę wrażeń zewnętrznych, które drogą włókien czuciowych rdzenia pacierzowego dochodzą do móżdżku; złe oświetlenie przedstawia zmniejszenie podniety na drodze od siatkówki do kory mózgowej a mianowicie do jej ośrodków ruchowych; natężenie a raczej przeciążenie mięśni ocznych jest czynnikiem osłabiającym energię woli ośrodka ruchowego. Te trzy czynniki razem działające zmniejszają czynność kory, zwiększając równocześnie czynność ośrodków automatycznych, które skutkiem tego wyłamują się z pod przewagi ośrodków korowych.

Wobec tylu teoryj zapytamy się, któraż z nich jest prawdziwą. Mojem zdaniem za taką uznaćby należało tę, która uwzględnia nie jednę, ale kilka przyczyn, gdyż rozpatrując się nieco bliżej w tym przedmiocie, coraz więcej nabieram przekonania, iż w jednych przypadkach temu, w innych tamtemu, w innych jeszcze kilku naraz czynnikom należy przypisać główny wpływ na powstanie drżenia ócz u górników. Tego też zdania, sądzę, musiało być zgromadzenie lekarskie w Nottingham w 1892 roku odbyte, na którem zajmowano się sprawą *nystagmus* górników obszernie, jeżeli na wniosek Pristleya-Smitha postanowiono wybrać komisyę, mającą dalej jeszcze śledzić i badać przyczyny tego cierpienia.

Jak już wspomniałem, zboczenie to u górników jest uleczne. Według Niedena, Dransarta, Snella i Romieego nie ma przypadku, któryby się nie dał całkowicie usunąć, jakkolwiek potrzeba do tego nieraz lat całych; *conditio, sine qua non*, jest jednak zaprzestanie ro-

boty w kopalni. Jestto dotychczas najgłówniejszy czynnik w leczeniu, na co zgadzają się wszyscy, nawet zwolennicy przeciwnych sobie teoryj. Samoistne wyleczenie, dopóki górnik nie porzuci swej pracy, jest nieznanem. Wprawdzie *nystagmus* po dłuższym czasie nie sprawia już górnikowi takich dolegliwości, jak z początku, bo zwolna przyzwyczaja się on do abstrahowania od pozornych ruchów przedmiotów; próby wszakże, które robił Nieden, czyby nie dało się bez zaprzestania pracy w kopalni przy pomocy tylko różnych środków leczniczych, jeśli nie wyleczyć, to przynajmniej nieco zmniejszyć to cierpienie, wypadły wszystkie niekorzystnie. Przeciwnie samo już zaprzestanie pracy bez innego leczenia wystarcza. *Ruhe* — pisze Nieden — *das heisst fehlende Anstrengung der Elevatores der Augen ist im Stande, ohne jedes sonstige Heilmittel die pathologischen Erscheinungen aufhören zu machen, besonders, wenn die weitere Beschäftigung unter so günstigen Beleuchtungsverhältnissen statthaben kann, wie sie dem Auge bei der normalen Tagesarbeit zu Gebote steht.*

Pamiętać tylko należy, że zaniechanie to roboty musi być stałe; górnik nie może nawet po całkowitem ustąpieniu drżenia gałek ocznych, powrócić do swych dawniejszych zajęć w kopalni pod groza nawrotu choroby, bezpiecznie jednak może się oddać innej pracy poza kopalnią przy zwykłem oświetleniu.

Poza tem żadnego swoistego środka leczniczego nie posiadamy. *Eine erfolgreiche Behandlung, von Schonung abgesehen, giebt es bis jetzt nicht,* powiada Fick.

Wilbrand na zasadzie swojej teoryi taką daje wskazówkę: *Möglichste Fernhaltung aller tactilen und ampullaren Reize, also die Anempfehlung grosst möglichster Korperruhe in einem stillen Zimmer, keine allzugrelle Beleuchtung, gute Ernährung und Strychnin gegen die paretischen Erscheinungen wird die rationellste und erfolgreichste Therapie beim Nystagmus der Bergleute sein.*

Romicé w myśl swego pojmowania radzi przedewszystkiem wzmocnić akomodacyę przez zapuszczanie ezeryny; mówi on, że i atropina może dobre oddać usługi, działając pośrednio przez uspokojenie mięśnia rzęskowego, ale przez rozszerzenie źrenicy sprawia choremu dolegliwości.

Najlepsze jeszcze wyniki, oprócz odżywiania, wzmacniania organizmu i w ogóle higienicznych stosunków życia osiągnięto przez strychninę.

Strychninę stosują jedni podskórnie, drudzy wewnętrznie. Po wielu próbach, który sposób jest lepszym, przyszedł Nieden do przekonania, że lepiej podawać ją wewnętrznie, niż podskórnie; zaleca on następującą mięszankę. Rp. *Trae strychnii 10·0 — 15·0, trae chinae comp., syr. simpl. aa 35·0.* MDS. 3 razy dziennie po pół do całej łyżeczki, twierdząc, że nigdy przytem mimo długiego używania nie widział żadnych objawów zatrucia.

Schröter poleca pryszczydła *(vesicantia)* za uszami, oraz *extr. nucis vomicae spirituosum* w pigułkach, po którym w dawce po 0·015 z początku po dwie pigułki, potem po jednej dziennie a później po jednej co drugi dzień, otrzymał skutki bardzo dobre.

Prócz tego proponowano rozmaite przetwory wpływające już to na układ nerwowy, już to na odżywienie organizmu, które jako środki pomocnicze mają działać. Tu należą: brom, arsen, chinina, żelazo; wielu przypisuje dobre skutki elektryzowaniu głowy w poprzek prądem stałym.

Ponieważ nieraz widziano, że tęgi kieliszek wódki wypity podczas napadu, napad uspokaja, przeto sądzono, że alkohol systematycznie podawany powinien dobrze działać, lecz Nieden po wielu doświadczeniach odmawia mu wszelkiego znaczenia leczniczego, ku zmartwieniu niejednego, któremuby się takie leczenie uśmiechało.

W każdym razie wyleczenie nie następuje nagle, lecz powoli i stopniowo; w miarę postępów kuracyi coraz mniejszym staje się ten zakres, w którym drżenie występuje, napady stają się w ogóle rzadsze i słabsze, później tylko pod wpływem pewnych bodźców występują, aż wreszcie całkowicie ustają.

Muszę tu jeszcze podkreślić jeden wzgląd, dla którego usunięcie z kopalni górnika, dotkniętego drżeniem ócz, jest koniecznem. Nieraz zachodzi potrzeba przekonania się o ilości gazów w kopalni; w tym celu wysyła się do szybów górników z lampkami bezpieczeństwa a próba polega na tem, że według Clowesa przy obecności 2—3% gazu nad światłem lampki pojawia się taka, jak to Niemcy nazywają *Flammenhaube*, co jest oznaką grożącego niebezpieczeństwa. Otóż Snell przekonał się niejednokrotnie, że górnicy cierpiący na *nystagmus*, skutkiem pozornych ruchów, które przed ich oczyma wykonywa światełko lampki, nie są w stanie tego dostrzedz, a przez to siebie i towarzyszy mogą narazić na niebezpieczeństwo utraty życia.

I jeszcze jedna uwaga, tycząca się udawania. Mimo przypadków opisanych przez Rählmanna, Fanę, Lawsona i Bensona, gdzie można było dobrowolnie wywołać ruchy ócz bardzo do *nystagmus* podobne, twierdzi Nieden, że udanie drżenia ócz jest nadzwyczaj trudne a za to łatwe do zdemaskowania. Sposoby po temu znachodzą się w jego pracy: *Ueber die Simulation von Augenleiden und die Mittel ihrer Entdeckung* [18]).

Na zakończenie usprawiedliwić się muszę, że nad zboczeniem tem obszerniej nieco się zastanowiłem, ale w ostatnich lat dziesiątkach coraz częściej o niem słyszymy a podręczniki nawet najlepsze nader krótką zbywają je wzmianką. Dla użytku tych, którychby przedmiot poruszony więcej zainteresował i którzyby pragnęli się z nim bliżej zapoznać, podaję w odbitce z niniejszego artykułu literaturę tego cierpienia, dziś już wcale pokaźnie się przedstawiającą.

V. Oceny i sprawozdania.

E. Piotrowski (w Krakowie): **Ueber Entstehung, Form, Richtung und Ausbreitung der Blutspuren nach Hiebwunden des Kopfes.** (Z zakładu medycyny sądowej prof. Hofmanna w Wiedniu). Duża 8-ka, stronnic 27 i 22 tablice chromolitografowane.

Ślady krwawe w miejscu spełnienia mordu przedstawiają bardzo wielkie znaczenie dla kryminalistyki sądowej, gdyż często mogą rzucić światło na sposób dokonania zbrodni i przyczynić się nieraz do rozjaśnienia ciemnych stron czynu. Opis dokładny terenu, gdzie spełniono morderstwo, wcale nie ustępuje pod względem znaczenia późniejszej obdukcyi, lecz te dwie czynności nawzajem się wspomagają.

Najlepszym przykładem jest głośne, 1. Lutego b. r. dokonane we Wiedniu morderstwo na osobie adwokata Roth-

---

[18]) Festschrift des Verein. d. Aerzte des R. B. Arnsberg 1893. Wiesbaden.

ziegla. Z wejrzenia przy sekcyi ran i uszkodzeń czaszki radca dworu Hofmann wydał orzeczenie, że narzędziem użytem w tem morderstwie był tylko młotek o okrągłej powierzchni, dalej, że nim sprawca zbrodni musiał kilkakrotnie uderzać z wściekłością w głowę swej ofiary, w końcu wykluczył stanowczo samobójstwo, o którem pocatkowo myślano. Wezwany później do obejrzenia terenu umocnił swoje przekonanie powzięte przy obdukcyi a oparł się tym razem na rozległych, obfitych śladach krwawych, na około głowy w promienistych kierunkach rozciągających się w kącie pokoju, gdzie zaszło morderstwo i oświadczył, że owe liczne ślady o charakterystycznym kształcie i kierunku nie mogą w żaden sposób pochodzić z tryskania krwi z naczyń, lecz że tylko mogły powstać przez uderzanie wielokrotne młotkiem.

Mimo tak wyczerpującego orzeczenia, nasunęły się następnie jednak inne jeszcze pytania, czy sprawca zbrodni był i o ile krwią powalany, czy narzędzie użyte również było krwią obryzgane i t. d., które jednak z dzisiejszego stanu nauki trudno było wyjaśnić. Wtedy to nasunęła się myśl Hofmannowi, czyby nie można jakich ścisłych pewników uzyskać za pomocą doświadczeń, pewników, któreby nie polegały na złudnym obrazie, lecz na należytych podstawach.

Tą myślą mistrza przejęty, rozpocząłem badanie na temat ten łaskawie mi przez Hofmanna udzielony, któremu przy tej sposobności powtórnie wyrażam najgorętsze podziękowanie, zwłaszcza za światłe rady i wskazówki, któremi mię obdarzał wśród pracy.

Nie będę szczegółowo opisywał wszystkich swych doświadczeń i całego postępowania, gdyż ciekawy czytelnik znajdzie je opisane dokładnie w oryginale.

Tutaj tylko zestawię wnioski i w grubszym zarysie przedstawię przebieg pracy, dla każdego łatwo zrozumiały.

Całą pracę oparłem na wielu doświadczeniach na zwierzętach, przeważnie na królikach, które umieszczałem przed ścianami prowizorycznie ustawionemi, z białego grubego papieru, w rozmaitych ułożeniach, raz na boku prawym, raz na lewym, lub na brzuszku główką do mnie zwróconych lub odemnie odwróconych i które zabijałem następnie różnemi narzędziami, jakoto młotkami różnej wielkości, kamieniami, siekierą. Ciosy, które wymierzałem, prowadziłem z różnych stron, w każdem doświadczeniu z innej strony; raz od strony prawej, w innym razie z góry prosto, lub od strony lewej. W ogóle celem mej pracy było przekonać się: jakie jest źródło powstania śladów krwawych; od jakich okoliczności zależy ich kształt; czy kształt ten jest stały, czy się zmienia; czy kierunek śladów zależy od uderzenia samego, czy też jakie inne dane w grę wchodzą; czyby nie można z pola zasianego plamami krwi lub z kształtu śladów oznaczyć choć w przybliżeniu narzędzia; w końcu, w których przypadkach wychodzi zbrodniarz nieobryzgany krwią, w których więcej, w których mniej?

Każdy widzi z tego, że pytania te są bardzo ważne a ich rozwiązanie może oddać wielkie usługi w ciemnych i niejasnych przypadkach zbrodni.

Cała praca moja składa się z 3 ustępów; w pierwszym opisane są doświadczenia z młotkami, w drugim doświadczenia z kamieniami a w trzecim doświadczenia z siekierą. Celem gruntownego wyjaśnienia swych doświadczeń używałem do prób również waty krwią napojonej, która miała przedstawiać mi ranę na głowie zwierząt. W tych doświadczeniach zupełnie podobnie ustawiałem ściany z papieru i używałem tychże samych narzędzi i trzymałem się podobnego sposobu uderzania. W ogólności w doświadczeniach wykonywanych z młotkiem doszedłem do następujących wyników:

1) Uderzania kilkakrotne żelaznym młotkiem w głowę królika sprowadzają zawsze ranę i ślady krwi w około. Przy jednorazowem uderzeniu rana powstaje tem rychlej, im więcej uderza się ostrzejszą krawędzią młotka.

2) Najwięcej śladów krwi w około głowy powstaje przez uderzenie samo w ranę i następowe rozpryskiwanie się kropel krwi w różnych kierunkach, przez podnoszenie młotka do góry, przez co krew odrywa się od młotka, pada na ściany i zaznacza kierunek, w którym prowadzono narzędzie. Nieznaczna tylko liczba śladów powstaje przez wytryskiwanie krwi z przeciętych naczyń.

3) Ślady krwi powstałe przez odrywanie się kropel krwi od młotka są zazwyczaj kształtu retortowatego z szeroką podstawą, zawsze ku zwierzęciu zwrócone, z wydłużonym końcem od zwierzęcia w kierunku, w którym posuwał się młotek. Te ślady dają możność z wszelkiem prawdopodobieństwem podania kierunku, w którym prowadzono narzędzie.

4) Ślady krwi powstałe z rozpryśnięcia się krwi w ranie się znajdującej przez uderzenie są różnego kształtu; kształt ich bowiem zależy od kąta, pod jakim wypryskują z rany i od kąta, pod jakim padają na ściany w około, usadowienie się zaś ich zależy w wysokim stopniu od sposobu samego uderzenia narzędziem.

Co się tyczy kształtu, to może on być *a)* albo okrągławy lub nieregularny, gdy krople wypadłszy z rany w prostopadłym kierunku upadają albo na ściany prostopadle ustawione do podstawy lub wychodząc w górę po zatoczeniu łuku spadają i w linii prostopadłej trafiają na podstawę, na której odbywa się doświadczenie; *b)* albo retortowaty, wydłużony, gdy krople pod kątem ostrym spadają na powierzchnię, wskutek czego posuwając się dalej zawsze przybierają swój kształt charakterystyczny; *c)* znajdujemy jeszcze na ścianach prostopadle ustawionych do płaszczyzny, na której robi się doświadczenia, ślady retortowate, ale ułożone nie wysoko i szeroką podstawą do góry zwrócone, cieńszym zaś końcem na dół. Ślady te powstają z kropel, które wyszedłszy z rany po uderzeniu i wybiegłszy w górę, zataczają duży łuk i przy spadaniu trafiają na owe ściany prostopadle stojące.

Co się tyczy usadowienia śladów, to mogą one

a) znajdować się jednostajnie promienisto we wszystkich kierunkach. Zdarza się to wtedy, gdy się uderza z góry i trafia się w ranę całą powierzchnią młotka. Pole zasiane wtedy śladami w całości ma wejrzenie koła.

b) lub też znajdować się w odcinkach koła, albo na przód lub na boki. To znów zależy od tego, którą krawędzią młotka uderza się. Jeżeli bowiem uderzę więcej przednią krawędzią do siebie, to i ślady wszystkie ułożą się w odcinku koła do mnie. W ogóle ślady krwi układają się w stronie wolnej krawędzi młotka, n. p. gdy się uderza krawędzią lewą od strony lewej, więcej śladów krwi grupuje się po stronie prawej.

5) Stopień obryzgania się krwią mordercy zależy od sposobu spełnienia mordu, od ustawienia się mordercy przy ofierze i n. p. przy uderzaniu młotkiem będzie największy, gdy morderca uderza swoją ofiarę całą powierzchnią młotka, bo wtedy, jak wyżej wspomniałem, krew z rany rozbiega się jednostajnie w promieniach we wszystkie strony, lub gdy uderza krawędzią przeciwną od mordercy, n. p. przednią do siebie.

Powstawanie śladów krwawych przy urazach dokonanych innemi narzędziami, jak n. p. kamieniami lub siekierami jest podobne do śladów po uderzeniu młotkiem; tylko to trzeba mieć na uwadze, że ślady krwawe grupują się inaczej i tak, gdy przy uderzeniu małą powierzchnią młotka z góry pole zasiane śladami krwi przedstawia linię kołową, to przy uderzeniu kamieniem przedstawia linię nieregularną a przy uderzeniu siekierą linię owalną. Nieregularność pola przy uderzeniu kamieniem zależy od nieforemności samej bryły kamiennej. Owal pola przy uderzeniu siekierą zależy od biegunów ostrza siekiery, albowiem ślady powstają najwięcej w miejscach odpowiadających biegunom. Przy uderzaniu siekierą ślady krwi mają początek nie tylko w uderzeniu samem i podnoszeniu siekiery do góry, lecz część krwi, pozostająca na ostrzu odpada dopiero przy powtórnem opuszczaniu siekiery na dół tak, że przy tych doświadcze-

niach nie tylko dawało się oznaczyć kierunek siekiery do góry, ale i z góry na dół.

We wszystkich doświadczeniach zawsze widziałem największą kałużę krwi koło główki królika.

Przedsięwziąłem dalej jeszcze doświadczenia następujące, czyby się nie dało oznaczyć w ranie skomplikowanego morderstwa, który sposób wpierw był użyty. I tak naprzód podcinałem szyję zwierzętom, później dopiero uderzałem młotkiem lub siekierą. Przekonałem się, że przez poderznięcie szyi sprowadza się niedokrewność wysokiego stopnia, tak, że rana powstała po urazie siekierą lub młotkiem jest zupełnie blada, śladów krwi jest tylko bardzo nieznaczna liczba a powstają tylko same ślady od zmiażdżonej substancyi mózgowej. Przy zadzierzgnięciu lub powieszeniu nie zmienia się obraz krwawych śladów. *(Referat własny autora).*

Anatomia.

K. Bardeleben: **Nowe słownictwo anatomiczne.**

Towarzystwo anatomiczne przyjęło na swem zebraniu ogólnem w Bazylei od 17. do 20. Kwietnia b. r. propozycyę [1]) własnej, osobno wyznaczonej komisyi w sprawie słownictwa anatomicznego i poleca wszystkim kolegom zawodowym trzymanie się mieszczących się w owej propozycyi nazw.

Pod względem historycznym wypada nadmienić, że w Kwietniu roku 1887. przyjęło Towarzystwo anatomiczne wniosek wyszły z inicyatywy prof. Hisa a tyczący się uporządkowania całego słownictwa anatomicznego i wyznaczyło do niego w Październiku 1889. osobną komisyę terminologiczną, która wybrała swym redaktorem W. Krausego i zaczęła starać się o zebranie funduszów, do dokonania dzieła potrzebnych. Towarzystwo anatomiczne dało ze swych pieniędzy 3800 marek a kwota razem 8000 marek wynosząca przyczyniły się akademie umiejętności w Berlinie, Monachium, Wiedniu i Budapeszcie.

Pod względem rozległości przedsięwzięcia zgodzono się na ograniczenie pracy tylko do anatomii opisowej, t. j. anatomii systematycznej i topograficznej człowieka i to wyłącznie makroskopijnej, pod względem języka zaś tylko do języka łacińskiego, zostawiając każdemu narodowi z osobna przetłómaczenie na swój język nazw łacińskich.

Pod względem nadawania nazw trzymano się następujących zasad: każda część powinna mieć jednę tylko nazwę i to łacińską, pod względem językowym poprawną. Nazwy te powinny być, ile możności, krótkie i proste, służyć tylko do oznaczenia rzeczy a nie mieć pretensyi do jej opisu lub tłómaczenia. Nazwy należące z natury rzeczy do siebie powinny być także jednakowo złożone, n. p. *femur*, ztąd *arteria femoralis, vena femoralis, nervus femoralis.* Wyjątkowo zostawiono nazwy bardzo mocno zakorzenione, n. p. *musculus sternocleidomastoideus, valvula bicuspidalis* obok *valvula mitralis, vola* i *palma, nates* i *clunes.* Pod względem imion własnych użyto kompromisu: jedne usunięto, zestawiono zaś drugie.

Co do słownictwa w rozmaitych, szczegółowych gałęziach nauki lekarskiej, trzymano się zasady, by w anatomii uwzględnić ich własne słownictwo, jako potrzebą wywołane.

Pierwotna myśl, by zostawić nazwy dawne, wybierając z nich tylko najstosowniejsze, nie dała się przeprowadzić; trzeba bowiem było usunąć nazwy przestarzałe, nazwy niejasne, nieraz w rozmaitem znaczeniu używane lub znaczenie nazw dopiero ustalić i w tym celu nawet nieraz umyślnie robić preparaty anatomiczne, jeżeli samo piśmiennictwo nie wystarczało.

Tak n. p. z osteologii następujące wyrazy odnoszą się do łopatki *(scapula)*: *Facies costalis, lineae musculares, fossa subscapularis, facies dorsalis, spina scapulae, fossa supraspinata, fossa infraspinata, acromion, facies articularis acromii, margo vertebralis, angulus inferior, angulus lateralis, angulus medialis, cavitas glenoidalis, collum scapulae, incisura colli scapulae, tuberositas infraglenoidalis, tuberositas supraglenoidalis, incisura scapulae, processus coracoideus, margo axillaris, margo superior.*

Autor spodziewa się, że słownictwo to, ułożone z taką pracą i nakładem czasu i pieniędzy, przyjmie się ogólnie i służyć będzie do wspólnego porozumiewania się badaczy, nauczycieli i uczniów, rozmaitych narodów między sobą, patologów z anatomami i fizyologami i t. d. W ten sposób czynność tak mozolna komisyi nie będzie nadaremna. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 4. Lipca 1895). *R.*

[1]) Die anatomische Nomenclatur. Nomina anatomica. Verzeichniss der von der Commission der Anatomischen Gesellschaft festgestellten Namen, eingeleitet und im Einverstandniss mit Redactionsausschuss erläutert von Wilhelm His. Mit 30 Abbildungen im Text und zwei Tafeln. Berlin 1895. str. 183.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

L. p. 19 i 72. M. M., lat 46, stanu wolnego, z Michałowic. Rozpoznanie: *Cystofibroma uteri subperitoneale.* Leczenie: *Laparotomia, exstirpatio tumoris, drainage cavi retroperitonealis.*

Wywiady: Rodziła raz przed 17 laty, poród i połóg prawidłowy. Przed sześciu laty zauważyła guz w brzuchu, który powoli ciągle wzrasta. Od tego czasu regularność powtarza się z lekkimi bólami w krzyżach. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia silnego rozpierania. Mocz oddaje prawidłowo. Stolce zaparty.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, słabo odżywiona, budowy miernej. Sutki zwiędłe. Brzuch jednostajnie wypuklony przez guz w środku brzucha ułożony, sięgający do połowy odstępu między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Guz ten niebolesny i bardzo mało poruszalny ma powierzchnię gładką i jest konsystencyi zbitej. Badaniem przez pochwę można było wykazać ścisły związek między guzem a macicą.

Dnia 9. Grudnia 1893 r. przystąpiono do wyłuszczenia guza. Po rozcięciu powłok brzusznych na długość około 20 cm., przekonano się, że guz w całości pokryty otrzewną leży na kręgosłupie w tkance pozaotrzewnowej i że otrzewna z guza po bokach przechodzi wprost na ściany brzucha. Na otrzewnej pokrywającej guz znajdowały się liczne, bardzo znacznie porozszerzane żyły. W celu radykalnego usunięcia guza przecięto na przedniej ścianie tumoru poniżej jego połowy torebkę cięciem łukowatem i zaczęto wyłuszczać guz z otoczenia w dolnej jego części. W miarę postępu wyłuszczania przedłużano i cięcie torebki tak, że w końcu miało ono kształt kulisty. Otrzewną pokrywającą większy górny odcinek guza ponad cięciem torebkowem się znajdującą pozostawiono nie oddzieloną przy guzie.

Przy wyłuszczaniu guza częścią na tępo a częścią przy pomocy nożyczek wszystkie krwawiące naczynia chwytano zasuwkami i zaraz podwiązywano. Szypułę szeroką a krótką za pomocą której włókniak zostawał w związku z boczną i tylną ścianą macicy od strony lewej dokładnie podwiązano grubym jedwabiem przy pomocy igieł Martina i następnie przecięto nożyczkami. Po oddzieleniu i usunięciu tumoru z jamy brzusznej zmniejszono powierzchnię przekroju szypuły szwem katgutowym ciągnącym i następnie pokryto ją listkami poprzednio oddzielonej otrzewny. Po wyjęciu guza ważącego 9 kilogr. 300 grm. pozostała bardzo duża jama wyścielona wiotką tkanką łączną sięgającą od tkanki okołomacicznej do okolicy nerek. Z obawy przed możliwym krwotokiem z tak wielkiej powierzchni rannej postanowiono utrzy-

mać dostęp do jamy. W tym celu zeszyto brzegi torebki otrzewnowej z brzegami otrzewny ściennej w dolnej części rany brzusznej, wytwarzając w ten sposób otwór o średnicy około 6 cm., prowadzący do jamy po wyłuszczeniu guza powstałej. Następnie zeszyto ranę brzuszną powyżej górnego brzegu wszytej torby i wytamponowano dokładnie jamę setonami wypłukanej z jodoformu gazy i założono opatrunek antyseptyczny w okolicy jamy mocno uciskający. W dwanaście godzin po operacyi z powodu krwawienia zdjęto opatrunek, założono jeden świeży seton i wzmocniono ucisk.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Ciepłota nie podniosła się ani razu ponad 37·5° a stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia.

Dnia 13. Grudnia 1893. zmieniono opatrunek, wyjęto z jamy oba setony gazy jodoformowej dosyć mocno krwią przesiękłe i założono jeden seton krótszy. Następnie przy każdej zmianie opatrunku co 3—4 dzień przedsiębranej, zakładano coraz krótsze setony aż do zupełnego wypełnienia się jamy granulacyami t. j. do dnia 26. Czerwca, w którym to dniu zastosowano maść lapisową.

Dnia 3. Stycznia 1894 r. a więc 25 dni po operacyi chora opuściła klinikę z poleceniem stosowania w domu przez kilka dni maści lapisowej. W dwa tygodnie potem zgłasza się do kliniki podając, że z dolnej części rany przez mały otworek wydziela się od kilku dni ropa. Badanie wykazuje w dolnej części młodej blizny w miejscu odpowiadającym pierwotnemu otworowi do jamy przetokę, przebiegającą na lewo i ku dołowi, głęboką na 10 cm. W kilka dni potem na kilka cm. powyżej wytworzyła się druga przetoka, przebiegająca więcej powierzchownie w kierunku ku poprzedniej. Domyślano się zaraz, że ropienie i wytworzenie się przetok pochodzić może od podwiązek jedwabnych wszędzie do podwiązania naczyń użytych; innej bowiem przyczyny nie można było przypuścić. Przyjęto chorą powtórnie do kliniki i w narkozie chloroformowej rozszerzono najpierw przetokę dolną na szerokość palca a następnie obie przetoki połączono cięciem. Po przecięciu górnej przetoki na tylnej ścianie znaleziono trzy podwiązki jedwabne luźno leżące, pochodzące prawdopodobnie z głębi pierwotnej jamy. Ściany przetok wyściełone granulacyami poskrobano i po założeniu w głąb sączków z gazy jodoformowej opatrzono antyseptycznie. W dalszym przebiegu wydobyto przy pomocy szczypczyków z głębi w rozszerzeniu utrzymywanej przetoki 9 podwiązek jedwabnych tak, że razem wydobyto ich 12. Potem dopiero wygoiła się przetoka. Oddzielanie się podwiązek postępowało powoli, gdyż trzeba było kilku miesięcy czasu do zupełnego wyleczenia.

Zabieg powyższy był z wielu względów interesującym, raz dlatego, że wielkość i położenie włókniaka pozaotrzewnowego czyniły zabieg bardzo ciężkim i niebezpiecznym a powtóre, że w jego przebiegu pooperacyjnym możemy się dopatrzeć i zalet i wad użytego przez nas sposobu. Że tego rodzaju operacye należą do najcięższych laparotomii, to uznają wszyscy operatorowie. Niebezpieczeństwo tkwi w dużej i szybkiej utracie krwi podczas a często i po zabiegu. W celu uniknięcia go staraliśmy się tak podczas operacyi, jak i po niej, obrać drogę dla chorej najpewniejszą.

Skoro wyłączna przyczyna krwotoku podczas operacyi tkwi w wytworzeniu bardzo rozległej powierzchni rannej przez oddzielenie całej osłony guza, dlatego pozostawiliśmy na większej górnej części guza torebkę nietkniętą a tylko odłuszczyliśmy tyle, ile do wydobycia guza było niezbędnem. Że przez to nie utrudniamy sobie dalszej części operacyi, świadczy najlepiej to, że bez najmniejszej trudności pozostałą torebkę wszyliśmy według życzenia w dolne części rany brzusznej. Wszystkie naczynia krwawiące podwiązywaliśmy zaraz w miarę postępu operacyi nitkami jedwabnemi. W tym naszym sposobie operacyjnym widzimy zaletę, natomiast wadę w użyciu jedwabiu. Nie spodziewaliśmy się bowiem, że będziemy musieli chorą z powodu ligatur jedwabnych, przez nas samych założonych cztery razy dłużej leczyć, niż z powodu tak rozległego włókniaka podotrzewnowego.

Na podstawie tego, jak również kilku innych przypadków z lat poprzednich, nabraliśmy przekonania, że powyższy sposób (naturalnie z użyciem nitek katgutowych do podwiązywania naczyń) może oddać bardzo dobre usługi.

L. p. 108. R. M, lat 30, wolna, z Przeworska. Rozpoznanie: *Fibromyomata multiplicia intramuralia et subserosa corporis et cervicis uteri.* Leczenie: *Amputatio fibromatum subserosa et castratio.*

Wywiady: Nie roniła, nie rodziła. Regularność od 13. roku życia powtarzała się co miesiąc zawsze z bólami dołem i utrzymywała się przez 5 do 6 dni. Od sześciu lat uważa stałe powiększanie się brzucha, wybitniej występujące w ostatnich kilku miesiącach. Od trzech lat częste bóle w krzyżach, zwłaszcza w nocy. Od roku dosyć obfite białe upławy. Mocz i stolce oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, dobrze odżywiona i zbudowana. Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż w szerz. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, wychodzącego z miednicy małej, sięgającego na szerokość trzech palców poniżej wyrostka mieczykowatego, na boki rozchodzącego się dosyć jednostajnie. Od spojenia łonowego do końca tumoru 31 cm. obwód brzucha przez pępek 96 cm., przez największe wypuklenie poniżej pępka 100 cm. Obrzęk ten konsystencyi zbitej, niebolesny, z boku na bok nieco przesuwalny, ma powierzchnię nierówną, guzowatą. Odgłos wypukowy nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy. Wejście do pochwy zatkane błoną dziewiczą, pochwa krótka. Część pochwowa niżej i bliżej spojenia łonowego ustawiona, stożkowata, ku podstawie znacznie grubiejąca, przechodzi wprost w tumor wypuklający tylne sklepienie. Zbitość części pochwowej w okolicy ujścia zewnętrznego prawidłowa, ku nasadzie staje się coraz większą. Zatoka Douglasa wypełniona jest przez guz twardy gładki, niebolesny i nieporuszalny. Guz ten od strony lewej daje się dokładnie odgraniczyć, mniej od strony prawej i od tyłu.

Przez odbytnicę można wybadać, że przednia jej ściana na wysokości $2^1/_2$ falangi ponad zwieraczem jest znacznie wypuklona przez guz powyżej opisany, do którego górnej granicy dojść nie można. Przy poruszaniu tumoru z boku na bok ułożonego w jamie brzusznej guz w zatoce Douglasa porusza się bardzo nieznacznie. Sonda z trudnością wprowadzona wchodzi w kierunku ku przodowi, górze i nieco na lewo i wykazuje długość jamy macicy 18 cm.

Dnia 26. Lutego b. r. przystąpiono do operacyi. Powłoki brzuszne rozcięto na długość około 25 cm. Badanie bezpośrednie guza wykazało, że mamy do czynienia ze znacznie powiększoną macicą, w ścianach której ułożone są liczne włókniaki tak, że powierzchnia macicy jest nierówną, pagórkowatą. Z szyi macicy bardzo nisko wychodzi włókniak, co najmniej wielkości dwóch pięści, jest wrosły między blaszkami więzadła szerokiego lewego i wchodzi tak nisko wgłąb, że dolnego odcinka z trudnością tylko można dosięgnąć. Prócz tego na przedniej ścianie znajdują się dwa włókniaki podsurowicze, uszypułkowane, jeden wielkości pomarańczy, drugi orzecha włoskiego. Pęcherz moczowy był mocno w górę podciągnięty. Ponieważ radykalna operacya ze względu na włókniak szyjkowy nader trudno dostępny byłaby bardzo ryzykowną, dlatego odstąpiono od operacyi radykalnej i po odcięciu 2 włókniaków uszypułowanych, wykonano zwykłym sposobem kastracyą, co nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż jajniki i trąbki były mocno w górę, bo prawie do wysokości pępka wyciągnięte.

Przebieg: W czwartym dniu po operacyi wystąpiło krwawienie z macicy, które utrzymywało się prawie przez dwa tygodnie. W skutek ropienia, które wystąpiło w górnej części rany, chora począwszy od szóstego dnia po operacyi gorączkowała przez 8 dni. Rozejście się brzegów na kilka centymetrów w skutek ropienia przedłużyło znacznie czas gojenia tak, że chora dopiero 19. Lipca mogła opuścić klinikę.

Badanie w dniu tym dokonane wykazuje, że brzuch jest mniej wypukłony a powłoki nie tak napięte. Wymiar od spojenia łonowego do końca tumoru wynosi 25 cm. (mniej o 6 cm.), obwód przez największe wypuklenie 68 cm. (mniej o 32 cm.).

W przeciągu więc 2 miesięcy po kastracyi, włókniaki zmniejszyły się bardzo wybitnie. Podmiotowy stan chorej jest całkiem dobry. Mieliśmy sposobność badać pacyentkę w miesiąc potem, przyczem przekonaliśmy się, że macica w dalszym ciągu pomniejsza się jednostajnie. Chora nie doznaje żadnych przypadów. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby weneryczne.

Chotzen (we Wrocławiu): **Alumnol jako lek przeciw wiewiórowi** *(antigonorrhoicum)*.

Jeszcze w roku 1892. ogłosił autor swe rezultaty z zastosowania roczczynu wodnego alumnolu (siarkanu naftologlinowego) w wiewiórze cewki moczowej, praca ta nie wywołała wszakże wówczas w kołach zawodowych żywszego zainteresowania się; tu i ówdzie wprawdzie próbowano środka tego na materyale klinicznym i szpitalnym, badania te jednak nie wypadły zgodnie z wynikami autora i wszędzie po krótkich, nieudałych próbach odmówiono przetworowi temu wartości leczniczej w wiewiórze.

Najdalej posunęli się w badaniach tych, w celu stwierdzenia wyników Chotzena, Casper i Samter w Berlinie, którzy na podstawie tylko 44 przypadków (32 Casper a 12 Samter) ogłosili swe prace, odmawiające skuteczności alumnolowi pod względem leczniczym i wszelkiej wyższości ponad inne znane *adstringentia*.

Jako replikę poniekąd przeciw tym apodyktycznym twierdzeniom ogłosił Chotzen obecną pracę, w której obok ścisłości w badaniu zebrał stosunkowo znaczny, bo 294 przypadków obejmujący materyał naukowy, w ustępie zaś w końcu jej oświadcza całkiem słusznie, że każdy nowy preparat, zwykle z wielkim trudem i mozołem przez chemika sporządzony w celach leczniczych zasługuje na to, aby zdanie o jego wartości, jeśli się go już poddaje badaniu, wypowiadano po ścisłem i systematycznem doświadczeniu na wielkim tylko materyale.

Bliższe szczegóły wyników leczenia wiewióra alumnolem znajdą interesujący się tą sprawą w obszernej pracy autora; zestawienie tablic i cyfr w referacie byłoby zbytecznem.

Chotzen stosuje alumnol w roztworze wodnym od $^1/_4$ do 5% w formie wstrzykiwań za pomocą zwykłej strzykawki w *urethritis anterior acuta*, w każdym okresie i stopniu tej choroby, dalej w formie instylacyi w roztworze 1 do 5% instylatorem Ultzmanna, lub też wreszcie w formie maści $2^1/_2$ do 10% z lanoliną za pomocą strzykawki Tomasselego w *urethritis posterior*.

U kobiet używa do przepłukiwań pochwy roztworu 1 do 2%, do cewki zaś czopków podług przepisu: *alumnoli 0·25, amyli oryzae 2·00, sacchari albi 3·00, ungti glycerini 0·50, mucilaginis gutt. III., aquae destill. gutt. VIII., f. bacilli X.*

Alumnol przewyższa zdaniem autora o tyle najskuteczniejszy dotąd w leczeniu wiewióra, osobliwie przewlekłego, azotan srebrowy, że działa jednocześnie jako *antigonorrhoicum* i jako *adstringens*, niszcząc gonokoki często już w bardzo wczesnym okresie leczenia (patrz dokładne zestawienie cyfr w oryginale) i zmniejszając szybko zapalenie, jakoteż usuwając również w większej liczbie przypadków stosunkowo w krótkim czasie śluz i nitki wiewiórowe.

W końcu zwraca autor uwagę i na te niestety nierzadkie przypadki, które wobec zmian chronicznych, usadowionych w zatokach Morgagniego i w gruczołach Littrego *(perifolliculitis)*, lub też wobec zmian bliznowatych w błonie śluzowej cewki, opierają się wszelkim zabiegom leczniczym.

Praca ta zachęcić powinna specyalistów do dalszych ścisłych badań, w danym bowiem razie zyskać możemy w leczeniu wiewióra środek bardzo dzielny, przewyższający dotąd jeszcze najskuteczniejszy azotan srebrowy, który dziś w leczeniu wiewióra zawsze jeszcze pierwsze zajmuje miejsce. *(Arch. für Dermatol. und Syphilis.* Tom XXXI. Zeszyt 2.).

Dr. T. Mazel.

Choroby nerwowe.

Jolly (w Berlinie): **O kile mózgu i utracie mowy.**

Autor doniósł na 66-tym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich o przypadku afazyi w następstwie kiły mózgowej. U chorego, który przed 2 laty nabył kiły, zauważono częste wymioty, tętno bardzo przyspieszone, obustronne porażenie nerwu odwodzącego, obustronną tarczę zastoinową nerwu wzrokowego, ból głowy, zawroty. Przyłączyło się porażenie prawej połowy ciała, bezwzględna głuchota na słowa i utrata mowy. Przy sekcyi znaleziono zupełne zniszczenie następujących części: *gyrus angularis*, pierwszego i drugiego zwoju skroniowego, całej okolicy ciemieniowej wraz z *praecuneus* i *cuneus*. Zwój Broki nie był zniszczony w całości.

Przypadek ten wykazuje przedewszystkiem skłonność kiły mózgowej do wielokrotnych ognisk, następnie, że kiła naczyń mózgowych wcale nie należy do postaci późnych. Chory w sposób charakterystyczny był głuchy na słowa, n. p. słyszał bardzo dobrze, nie mając jednak wyobrażenia o tem, co słyszał. Głuchota na słowa tłómaczy się zupełnem zniszczeniem obu pierwszych zwojów skroniowych. Trudniej wytłómaczyć można całkowitą afazyę. Ponieważ zwój Broki nie był w całości zniszczony, należy o tem myśleć, czy z całkowitego zniszczenia sfery słyszenia wyłącznie nie można tłómaczyć całkowitej afazyi. Rozchodziłoby się więc o niemotę, będącą następstwem głuchoty na słowa *(Worttaubstummheit)*. Ciekawem jest, że u chorego pozostała do pewnego stopnia zdolność czytania i pisania, co można wytłómaczyć użyciem do tego prawej sfery widzenia. Afazya należy do stosunkowo częstych objawów kiły mózgowej. Najczęściej rozchodzi się o zboczenia przemijające i to zawsze o niemotę amnestyczną. Natomiast należy w przypadkach, jak opisany, z całkowitą niemotą i pewną stałością objawów źle rokować. *(Wien. med. Presse*, Nr. 40. 1894). *Bf.*

Dyagnostyka.

Amann: **O wykazaniu prątków gruźliczych w plwocinach.**

Na podstawie 12-letniego doświadczenia i licznych prób porównawczych poleca A. następujący sposób postępowania: Całą ilość plwocin, do badania przeznaczonych, należy na zimno rozmącić w 4—6 objętościach czystej wody destylowanej (bez dodawania jakichkolwiek cieczy zasadowych), kłócąc ją w zamkniętem naczyniu zapomocą małej ilości czystego śrutu ołowianego po dodaniu 1 cm³ chloroformu. Roztwór ten wlewa się dla uzyskania osadu do naczynia podobnego do biurety geisslerowskiej, i dodawszy 2 cm³ roztworu fuksyny z karbolem, pozostawia przez 24 godzin w spokoju. Osad zbierający się na dnie za pomocą zastosowanego do naczynia rozpylacza *(Bicuspritze)*, z łatwością przez cieńszą rurkę w całości można oddzielić, część jego bezpośrednio zbadać pod względem składników morfotycznych a drugą dokładnie i jednostajnie rozdzielić na szkiełkach (A. poleca używanie szkiełek przedmiotowych wbrew zdaniu Czaplewskiego). Preparat powinien wyschnąć na wolnem powietrzu; wyschnięcie można przyspieszyć zapomocą zwykłego mieszka. Ustalenie preparatu odbywa się albo przez postawienie go w ciepłocie 70—85°C. przez 5—10 minut, albo, co lepiej, zapomocą alkoholu z eterem, który należy rozpylać na preparat przez 2—3 minut. Skrócone barwienie metodą Gabbeta potępia A., polecając natomiast barwić roztworem karbolowym fuchsyny bez dodatku alkoholu (1 grm. fuksyny, 5 grm. 90% kw. karbolowego i 95 cm³ wrzącej wody destylowanej), kładąc preparat stroną pomazaną na inne szkiełko przedmiotowe, na którem znajduje

się zagrzana fuksyna, i pozostawiając go tak aż do oziębnięcia. Do odbarwiania poleca A. jedynie 25% kwas siarkowy przez dwie minuty (chociaż przytem i około 8% prątków się odbarwia), albo, co ma dawać najlepsze wyniki, 20% kwas siarkowy, nasycony kwasem pikrynowym przez ½—1 minuty, a po nim roztwór złożony z 15 grm. fluoresceiny, 15 grm. błękitu metylenowego, rozpuszczalnego w alkoholu i 500 grm. alkoholu bezwodnego, aż do zupełnego odbarwienia. Po dokładnem opłukaniu we wodzie można preparat podbarwić błękitem metylenowym, A. przekłada jednak podbarwianie zielenią malachitową (przez jedną minutę, poczem spłukuje się nadmiar barwika wodą), jako wykluczające wszelkie dwuznaczne zabarwienia. Wreszcie należy osuszyć preparat, ustawiając go ukośnie w sterylizatorze i pozostawiając przez kilka minut w cieple 60—80°. (*Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenkunde.* Tom XVII. 1895. Nr. 15). *Dr. Ciechanowski.*

Choroby zakaźne.

Ehrendorfer: **Obecny stan nauki o zakażeniu pępka u noworodków i konieczna potrzeba ścisłego przestrzegania środków ochronnych przeciw niemu.**

Prace Horwitza, Rungego, Epsteina, Kezmarskyego wykazały, że u noworodków po zamartwicy najcięższą chorobą jest zakażenie pępkowe, uważane dawniej za gorączkę połogową oseskow. W stosunkach fizyologicznych jest ściśle odznaczona granica między owodnią a pierścieniem pępkowym, warstwa zaś odgraniczająca między galaretą Whartona a otaczającą tkanką łączną, jest nierówna; to też od usadowienia się jadu w tkance podskórnej w stosunku do głębokości tejże warstwy zależą objawy zakażenia pępkowego.

Zakażenie zwykle sadowi się w pierścieniu tkanko-łącznowym koło naczyń pępkowych a ztąd dopiero przechodzi na naczynia limfatyczne lub krwionośne, dając początek ropnicy i zgniliźnie.

Wessanie produktów wydzielniczych i rozpadowych następuje przez wieniec naczyń podotrzewnowych, wysyłający drobne rozgałęzienia częścią podskórnie, częścią otaczające gęstą siecią błonę dodatkową (*adventitia*) naczyń krwionośnych pępkowych. Nie ma samozakażenia pępkowego a zakażenie pępkowe uważać można li tylko za chorobę przyrzutową. Co do etyologii, to zakażenie pępkowe powstać może w chwili porodu przez działanie nieprawidłowej wydzieliny pochwowej lub wód płodowych albo też po porodzie przez zanieczyszczenie podczas odcinania, podwiązywania, obmywania i obsuszania pępka.

W rozpoznaniu zakażenia pępkowego pamiętać trzeba, że nawet w ciężkich przypadkach objawy miejscowe mogą być nieznaczne a rozpoznać je można przy nader dokładnem badaniu przed kąpielą z uwzględnieniem ciepłoty ciała; z drugiej znów strony znaczna wydzielina, odczynowa zgorzel pępka i tkanki otaczającej, przemawiające stanowczo za chorobą pępka, nie są jeszcze dowodem ogólnego zakażenia krwi. W ten sposób można wytłómaczyć przypadki śmierci oseskow w pierwszych dniach życia z rozpoznaniem klinicznem zapalenia płuc, kiszek, ogólnego wiądu, w których sekcya choroby te wykazuje tylko jako komplikacye lub choroby następowe pierwotnego zakażenia pępkowego.

Przebieg choroby tej może być ostry lub chroniczny. Co się tyczy rokowania, to ono zależy głównie od objawów ogólnych, zachowania się ciepłoty z uwzględnieniem zmian miejscowych.

Leczenie w początkach schorzenia pępka daje dobre wyniki; to też w przepisach dla akuszerek winno się mieścić, iż z chwilą rozpoznania wilgotnej zgorzeli pępka u oseska obowiązana jest przypadek ten odesłać do lekarza.

Autor stosuje w przypadkach zupełnie prawidłowego odpadania pępka opatrzenie suche, polegające na zasypywaniu pępowiny pudrem salicylowym (w stosunku 1 części kwasu salicylowego na 3, względnie 5 części mączki ryżowej), owijaniu watą i płóciennym bandażem. Wobec ropnej wydzieliny koło pępka z korzyścią wpuszcza kilka kropel 1 do 2% roztworu azotanu srebrowego na powierzchnię rany, na to zaś zakłada suche opatrzenie. W razie mokrej zgorzeli reszty pępowiny zaleca się obmywanie po kilka razy dziennie mocnymi płynami antyseptycznymi.

O wiele ważniejsze są środki ochronne zapobiegające zakażeniu pępkowemu; to też do najważniejszych zaliczyć należy czystość akuszerki i instrumentów do przecinania pępowiny, tasiemki i bandażów. Do kąpieli należy używać wanienek kształtu półjajowatego, o brzegach zaokrąglonych; woda ma być przegotowana a do obmywań stosowana wata lub płatki płócienne. Warunkiem prawidłowego odpadnięcia pępowiny tak, jak każdej zgorzeli suchej jest suchość, dostęp powietrza i aseptyka. Do owijania pępowiny używać należy sterylizowanej waty lub szmatki płóciennej, zasypawszy, co najwyżej w miejscu przyczepienia się pępowiny pudrem salicylowym, poczem bandażuje się kilkoma zwojami niezbyt wąskiego powojnika. Zawijanie dziecka w flanelę utrudnia dostęp powietrza; najodpowiedniejsze byłoby owijanie w pieluchę płócienną, długą, odpowiednio przymocowaną.

Tych przepisów ochronnych należy, zdaniem autora, przestrzegać szczególnie w publicznych zakładach i wpajać je w pojęcia młodych adeptów sztuki lekarskiej. (*Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 12, 13. 1895).

Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

87. W. Brock: O galwanizowaniu wprost żołądka i jelit (z kliniki i polikliniki lekarskiej prof. Senatora w Berlinie). Dążność nowszej elektroterapii do kierowania działania prądu elektrycznego na oznaczone tylko miejsce wytworzyła w ostatnich czasach nowe także sposoby elektryzowania żołądka i jelit.

Leubuscher a za nim Schillbach przekonali się za pomocą ścisłych doświadczeń na ludziach i zwierzętach, że wprowadzając jeden biegun do odbytnicy a drugi przykładając do ścian brzusznych, otrzymuje się pewne działanie na jelita a mianowicie przez elektryzowanie w ten sposób ludzi zdrowych przez 10 do 15 minut pojawia się stolec po użyciu prądu indukcyjnego we 2½ do 3½ godzin, po użyciu zaś prądu galwanicznego w 1½ godziny. Na 15 chorych, cierpiących na uporczywe zatkanie żywota z rozmaitych przyczyn u dwóch nie było żadnego skutku z użycia prądu, przeważnie galwanicznego, u 9 pojawiał się regularnie stolec po każdem posiedzeniu elektrycznem, skutek ten jednak przetrwał leczenie zaledwie o kilka dni do kilku tygodni, u 4 zaś chorych utrzymywał się jeszcze przez 3 miesiące po skończeniu leczenia elektrycznością.

Leubuscher na ludziach a Schillbach na zwierzętach przekonali się, że wbrew mniemaniu Erba prąd galwaniczny jest skuteczniejszy od indukcyjnego.

Mimo tego nie mógł prąd galwaniczny uzyskać obywatelstwa w leczeniu zaparcia stolca przeważnie dlatego, ponieważ obawiano się po nim nadżerek przez działanie jego chemiczne. Obawa ta jednak upada po zaleceniu przez Rosenheima do odbytnicy elektrody, podanej przez Boudeta i Larrata. Elektroda ta mieści się całkowicie w osłonie kauczukowej, zaopatrzonej na końcu wewnętrznym, odpowiadającym metalowemu końcowi elektrody w dziurki, nie styka się więc nigdzie metalem z błoną śluzową. Przestwór między tą osłoną a elektrodą wypełnia się fizyologicznym roztworem (0·6%) soli kuchennej, który tem samem służy do przewodzenia prądu elektrycznego i nie dozwala nadżarcia błony śluzowej.

Co się tyczy żołądka, to, o ile wiadomo, pierwszy Kussmaul wystawiał go na działanie prądu elektrycznego w ten sposób, iż wprowadzał jedną elektrodę do jego wnętrza. Kussmaul używał prądu tylko indukcyjnego, ponieważ obawiał się nadżarcia z działania prądu galwanicznego. Dopiero Bardet podał w roku 1884. stosowną do użycia prądu galwanicznego w żołądku elektrodę, polegającą na tem, iż przez

sztywny kateter wlewano naprzód wodę do żołądka a następnie wprowadzono przezeń właściwa elektrodę, nie sięgającą wszakże końca kateteru zaopatrzonego w otwory.

Elektryzowanie jednak żołądka w ten sposób, wymagało tak wiele czasu i było tak przykre dla chorych, iż nie mogło wejść w użycie praktyczne. Dlatego Einhorn podał nową elektrodę „do połykania", składającą się ze zwykłej rurki gumianej, mającej milimetr grubości, zawierającej w środku giętki drut metalowy a zakończonej w kapslę z twardego kauczuku z otworkami. Drut metalowy nie dochodził również do tej kapsli. Przed elektryzowaniem dawano do picia 1 do 2 szklanek wody. Ewald poprawił tę elektrodę żołądkową Einhorna, biorąc rurkę gumianą o grubości ściany wynoszącej $1^1/_2$ milimetra.

Z takiemi elektrodami robili doświadczenia terapeutyczne tak Einhorn jak i Ewald. Autor powtórzył je w klinice prof. Senatora.

Autor nie rozstrzyga, w jaki sposób działa prąd galwaniczny na żołądek, czy wpływa on na pierwociny ruchowe czy wydzielnicze, czy działa wprost czy sposobem zwrotnym, czy też przez sugestyą.

Galwanizowanie żołądka odbywało się w ten sposób, iż po wypiciu przez pacyenta dwóch szklanek wody wprowadzano do żołądka elektrodę Einhorna, zmodyfikowaną przez Ewalda i łączono ją z biegunem ujemnym przyrządu galwanicznego, biegun zaś dodatny przykładano obok części lędźwiowej słosu kręgowego. Moc prądu od 15 do 20 miliamperów; trwanie posiedzenia elektrycznego 5 minut.

Do doświadczeń użyto przeważnie nerwic żołądka z objawami zadraźnienia w zakresie czucia. Skutków tak pomyślnych, jak je opisuje Einhorn podający, że we wszystkich swych przypadkach miał działanie tylko pomyślne, autor nie otrzymał. Jeżeli z małej (13) liczby obserwacyj wolno skutek otrzymany wyrazić cyfrowo, to w 15% skutek był zupełny, w 46% uzyskano tylko poprawę a w 39% nie było żadnego rezultatu.

Elektryzowaniu przeto wewnętrznemu żołądka należy się prawo obywatelstwa w terapii nerwic żołądkowych.

Jelita galwanizowano w ten sposób, iż opisaną powyżej elektrodę Boudeta i Larrata wprowadzano do odbytnicy, przestwór między osłoną a częścią właściwą wypełniano 200 cm.³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i po zamknięciu kurka łączono elektrodę z biegunem ujemnym przyrządu galwanicznego, biegun zaś dodatny w postaci dużej płyty przykładano do nadpępcza (*epigastrium*). Moc prądu również od 15 do 20 miliamperów. Trwanie posiedzenia takiego 5 minut. Częsta zmiana kierunku prądu.

Na 13 przypadków przewlekłego zaparcia żywota uzyskano wyleczenie zupełne w 46% a poprawę w 23%, nie było zaś skutku w 31% przypadków.

I na tem polu przeto należy się właściwe miejsce prądowi galwanicznemu, choćby nieraz rozchodzić się miało o skutek nie trwały, ale tylko przemijający, w celu czasowego przynajmniej usunięcia potrzeby sprowadzania wypróżnienia innemi środkami czy to wewnętrznymi czy zewnętrznymi. (*Therapeutische Monatshefte.* Czerwiec 1894).

88. Pellissier: Leczenie wiewióra (trypra) kwasem cytrynowym. Autor użył kwasu cytrynowego do leczenia wiewióra raz, ponieważ kwas ten gubi pasorzyty, powtóre, ponieważ gonokoki nie mogą żyć na kwaśnem podłożu. W zapaleniu przedniej części cewki (*urethritis anterior*), poleca autor wstrzykiwać po 6 razy dziennie 1% rozczyn lub sam przepłukuje przednią część cewki za pomocą irygatora i miękkiego cewnika (kateteru) 1500 gramami rozczynu kwasu cytrynowego w stosunku 8 części na 1000 do 1500 części wody. Przy wstrzykiwaniach następowało wyleczenie w 8 do 10, przy przepłukiwaniach w 4 do 5 dni. W razie zajęcia przez wiewiór tylnej części cewki moczowej (*urethritis posterior*) wpuszcza autor po oddaniu moczu przez pacyenta za pomocą twardego cewnika (który równie jak miękki celem wprowadzenia do cewki powinno się tylko zwilżać wodą, nie zaś pomazywać tłuszczem) 400 gramów słabego (zapewne 8 : 1500) rozczynu kwasu cytrynowego do pęcherza, który pacyent natychmiast wypróżnia, co powtarza się aż do spotrzebowania 1500 gramów płynu. Tym sposobem przepłukuje się całą cewkę. Tak leczył autor 15 przypadków ze skutkiem pomyślnym bez żadnych dolegliwości dla chorych i bez powikłań. (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques.* 1. 1895).

89. L. Fürst (w Berlinie): W sprawie desinfekcyi górnych dróg oddechowych. Nos, nozdrza, jama ustna a w niej przedewszystkiem migdałki są, jak wiadomo, ulubionemi przez zarodki chorobowe bramami do ustroju ludzkiego. Zapobiedz temu dostawaniu się ich do organizmu tą drogą nie można, ponieważ trudno używać do oddychania powietrza filtrowanego. Dlatego należy tylko starać się o to, by zarodki chorobotwórcze nie mogły sadowić się w jamie ustnej i nosie. Używane w tym celu dotychczas środki nie są odpowiednie z wielu względów; dlatego proponuje autor używać w ich miejsce środków przeciwgnilnych, z których działaniem chemicznem, jakkolwiek słabem dałoby się połączyć mechanicznie wydalenie, t. j. przepłukiwanie po 3 razy dziennie nosa, jamy ustnej i nosopołykowej. Osoby dorosłe i dzieci starsze mogą tej czynności dokonać same; dzieciom małym trzeba nos przepłukiwać i jamę ustną wycierać.

Do takiej desinfekcyi górnych dróg oddechowych zaleca autor tabliczki zawierające: *acidi borici 0·50, acidi salicylici 0·05, natrii chlorati 0·10, saccharini 0·01* a nadto w stosunku 1000 części tej mięszaniny *olei eucalypti guttas quinque, olei menthae piperitae 5·00. M. f. l. a. tabulae compressae.*

Tabliczki takie, które w wielkiej ilości wyrabia apteka A. Kadego w Berlinie, są wcale niedrogie.

W celu użycia rozpuszcza się jedną tabliczkę w filiżance gorącej wody a po oziębieniu płynem w ten sposób otrzymanym przepłukuje się jamę ustną. Po spotrzebowaniu $^2/_3$ filiżanki dolewa się wody do pełności i tym słabszym rozczynem przepłukuje nos. Oczywiście, że do rozpuszczania wymienionych tabliczek wypada używać wody przegotowanej a zatem wyjałowionej.

Zdaniem autora nie należy się spuszczać w błonicy na pomyślne działanie surowicy właściwej, lecz trzeba zapobiegać powstaniu choroby, do czego autor na podstawie swego doświadczenia zaleca gorąco regularnie przepłukiwania nosa i jamy ustnej rozczynem przyrządzonym w sposób co właśnie podany. (*Therapeutische Monatshefte.* Czerwiec 1895).

90. A. Marriotti: Wstrzykiwanie olejku goździkowego (*oleum caryophyllorum*) w celu leczenia ropni gruźliczych. Autor używa z pomyślnym skutkiem do leczenia ropni gruźliczych olejku goździkowego, wstrzykując do jam pozostałych z ich wypróżnienia po 50 kropel i więcej mięszaniny jednej części rzeczonego olejku z 10 częściami oliwy. Postępując tym sposobem, uzyskał w 6 lub 7 dniach zamknięcie się ropni zawierających płynu na objętość więcej niż pomarańczy a w 9 do 15 dni ropni z ropą wagi około 200 gramów. (*La Semaine médicale* 3. Lipca 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VIII. Posiedzenie naukowe dnia 17. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 27.

Kol. Machek podaje nowy sposób operowania zaćmy bez wycinania tęczówki i przedstawia kilku chorych w ten sposób operowanych. W dyskusyi zabierali głos koll. Szulisławski, Wehr, Ziembicki i prelegent.

Kol. Schramm przedstawił dziewczynkę, u której operował *meningokele*. W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr i prelegent.

Kol. Bell przedstawił przyrząd zbudowany na wzór przyrządu Curschmanna, który może służyć do odprowadzania cieczy przesiączynowej z obrzęków. W dyskusyi zabierali głos koll. Mahl i Obtułowicz.

Kol. Prus wyłożył o ciałkach Russela i o nowej formie zwyrodnienia komórek (zwyrodnienia fuchsynofilne, wydzielnicze i śródkomórkowe). Rzecz ta będzie ogłoszona w Pamiętnikach Akademii umiejętności. W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr, Barącz i prelegent.

Wyczerpawszy porządek dzienny posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Uhma.*

IX. Posiedzenie naukowe dnia 31. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg.

Posiedzenie to odbyło się w szkole weterynaryi, gdzie kol. Kretowicz oprowadził przybyłych po wzorowo urządzonym zakładzie, w którym przyspasabia krowiankę do szczepienia. Potem kol. Prus przedstawił swe zbiory anatomo-patologiczne a prof. Królikowski muzeum chirurgiczne. Następnie kol. Szpilmann oprócz kilku ciekawych okazów chorób zwierzęcych przedstawił konie szczepione celem uzyskania surowicy przeciwbłoniczej. Prof. Nussbaum oprowadził ciekawych po zakładzie anatomii porównawczej a p. Żupnik przedstawił hodowle *bacilli typhi murium*. Wreszcie kol. Szpilmann wyłożył o sposobach przygotowywania i istocie surowicy przeciwbłoniczej.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Lipca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.** W przededniu Zjazdu jeszcze raz zapraszam wszystkich Kolegów, których chirurgia zajmuje, na tę biesiadę naukową. Jeżeli zjazdy przedstawicieli innych gałęzi medycyny są pożądane, to wprost konieczne są takie zjazdy chirurgów. I najlepszy opis nie starczy za naoczną demonstracyę czy to nowego sposobu operowania, czy nowego narzędzia, czy nareszcie drobnostek rozmaitych, o których zwykle nawet się nie pisze a które jednak dla praktyki są nieraz bardzo ważne. To też starałem się, żeby jak największą liczbę demonstracyj mieć na porządku obrad. Nęcić też powinno zwiedzanie nowego oddziału prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza, tak wzorowo urządzonego. Wyobrażam sobie, że pomiędzy innymi mianowicie prymaryusze z całego kraju pospieszą zwiedzić ten zakład, rzeczywistą chlubę kraju, a zarazem odświeżyć swoje wiadomości w chirurgii, zawsze naprzód postępującej.

A więc do miłego i bardzo licznego widzenia się w dniu 16. i 17. b. m.

Prof. Rydygier,

przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

W dalszym ciągu zapowiedzieli następujące wykłady:

Dr. Wehr (ze Lwowa): Przypadek ropnia w płacie czołowym mózgu; trepanacya.

Tenże: Sprawozdanie z dotychczasowych badań nad własnościami antyseptycznemi formaldehidu.

Docent Dr. Rosner (z Krakowa): Kilka słów o technice wyjmowania macicy przez pochwę.

— Rokowania z prof. Gałęzowskim o objęcie katedry okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim nie doprowadziły do pożądanego rezultatu; pokazało się bowiem, iż Szan. profesor ma w Paryżu obowiązki nie dające się w żaden sposób pogodzić pod względem czasu z czynnościami profesora w Krakowie, gdyby wykłady odbywały się nawet tylko w półroczu zimowem i z przerwami ze zwyczaju i ustawy wynikającemi. Uznał to sam prof. Gałęzowski, między innemi i w swem piśmie do młodzieży uniwersyteckiej, która wysłała do niego adres z okazyi rozpoczęcia z nim rokowań o objęcie katedry okulistyki. Skutkiem tego postanowił Wydział lekarski jednomyślnie i wyłącznie przedstawić Wys. Ministerstwu oświaty prof. Dra Bolesława Wicherkiewicza w Poznaniu na profesora okulistyki w Uniw. Jagiell.

— Ostatni (z Maja r. b.) zeszyt paryzkiego *Recueil d' Ophtalmologie* zawiera sympatycznie napisany nekrolog ś. p. prof. Rydla.

— Na ostatniem posiedzeniu komitetu higieny ludowej w Warszawie poruszył Dr. Celnarowicz myśl utworzenia ruchomych oddziałów okulistycznych, na których czele staliby lekarze okuliści. Celem takich oddziałów byłoby odbywanie systematyczne wycieczek po kraju, badanie wzroku ludności po miasteczkach i wsiach i udzielanie chorym na oczy porady lekarskiej a nawet wykonywanie, o ileby się dało, operacyj. Myśl tę uznali obecni na posiedzeniu lekarze za bardzo pożyteczną, my zaś dodamy od siebie, iż takie ruchome kolumny okulistyczne działają już od pewnej liczby lat w głębi Rosyi i rozwijają bardzo zbawienną czynność, osobliwie w okolicach, gdzie lekarzy zajmujących się praktyką lekarską ogólną mało a okulistyczną jeszcze mniej. Zważywszy, iż zaniedbanie chorób oczu prowadzi nader często do utraty wzroku i co zatem idzie, niezdolności do pracy, skutkiem czego oślepli są potem ciężarem rodzin i gmin, do których należą, sądzimy, że myśl utworzenia owych ruchomych oddziałów okulistycznych zasługuje na poparcie nie tylko ze względów najważniejszych, t. j. humanitarnych, ale i ekonomicznych; przeprowadzenie zaś jej praktyczne nie tylko nie przedstawia wielkich trudności, ale przyczynić się może do wyrobienia całego szeregu wprawnych w leczeniu chorób ocznych lekarzy.

— Komitet wystawy higienicznej, mającej odbywać się w roku przyszłym w Warszawie od 15. Maja do 15. Lipca składają: prezes: prof. Dr. Włodzimierz Brodowski, wiceprezesi: Dr. Edward Przewoski i Dr. Piotr Troicki, Alfons Grotowski i Kajetan Mościcki. sekretarz główny: Józef Polak, kasyer: Ferdynand Więckowski, zarządzający kancelaryą wystawy: Władysław Śląski.

— Temi dniami otrzymaliśmy Album Ojcowa mieszczące w sobie prócz dokładnej informacyi dla osób jadących do tego miejsca 16 widoków najpiękniejszych punktów tej nowej stacyi hidropatycznej i klimatycznej. Niezwykła staranność wydania jak i piękność rycin powinny zjednać dla tego albumu miejsce na stole w pokoju poczekalnym u lekarzy praktycznych a być miłą pamiątką dla turystów i chorych szukających pomocy w rzeczonej miejscowości.

— W tych dniach wykryto w Kaliszu w rzeźni włośnie (trychiny) u jednej sztuki trzody chlewnej.

— W roku 1894. leczono w instytucie Pasteurowskim w Paryżu 1392 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o wściekliznę podejrzane. Z tych 1392 osób umarło 12, między niemi 5, u których pierwsze objawy wścieklizny wystąpiły przed 15. dniem po ostatniem szczepieniu; odjąć je przeto należy od ogólnej liczby leczonych a w takim razie na 1387 szczepionych przypada 7 przypadków śmierci czyli 0·50%.

Z tych 1387 osób przypada 166 na osoby pokąsane przez zwierzęta, u których przekonano się o wściekliźnie przez rozwinięcie się wścieklizny u zwierząt przez nie pokąsanych lub szczepionych ich rdzeniem przedłużonym, 798 na osoby pokąsane przez zwierzęta, u których przez autopsyą wykazano wściekliznę i 423 na osoby pokąsane przez zwierzęta o wściekliznę podejrzane. Umarło z pierwszych: 1 czyli 0·60%, z drugich 4 czyli 0·50%, z trzecich 2 czyli 0·47%. Na 13.817 osób leczonych dotychczas, przypada ukąszonych w głowę 1347 z 17 przypadkami (1·26%) śmierci, w ręce 8722 z 46 (0·76%) przypadkami śmierci i w kończyny 5748 z 16 przypadkami (0·28%) śmierci.

Z leczonych w roku 1894. przypada 1161 na Francyą, 128 na Anglią, 16 na Belgią, 1 na Egipt, po 26 na Hiszpanią i Grecyą, 2 na Holandyą, 19 na Indye angielskie, 1 na Rosyą, 7 na Turcyą.

— Wydawany przez długie lata przez J. S. Billingsa wspaniały *Index medicus* przestał wychodzić z braku poparcia materyalnego przez ogół lekarski; jest to wielka strata dla piśmiennictwa zawodowego.

— Berlińskie Towarzystwo laryngologiczne postanowiło przystąpić do uchwał Towarzystwa anatomicznego na zgromadzeniu jego w Bazylei w roku bieżącym zapadłych (porówn. wyciąg z artykułu prof. Bardelebena w niniejszym numerze *Przeglądu lekarskiego* umieszczony) i przyjąć jego słownictwo anatomiczne.

— We francuskiej Izbie deputowanych zasiada teraz 58, w Senacie zaś 37 lekarzy.

— W *Association of American Physicians* przytoczył A. Jacobi przypadek, w którym u robotnika cierpiącego na histeryą po ciężkiem zranieniu przez maszynę obok utraty przytomności i szybkiego oddechu a prawidłowego tętna temperatura ciała doszła do 65° C. i utrzy-

mywała się jeszcze przez 5 dni następnych w wysokości 50° C. W dyskusyi nad tym przypadkiem nadmienił Welch, iż widział przypadek z temperaturą 77° C.!

— Staraniem apteki P. Karpińskiego w Warszawie wyszedł Przewodnik informacyjny dla szukających porady lekarskiej w Warszawie. Jestto książka o 139 stronnicach, podzielona na 4 działy: w pierwszym mieszczą się adresy lekarzy praktykujących w Warszawie, w drugim spis lekarzy z uwzględnieniem specyalności i godzin przyjęcia, w trzeciej spis lecznic dla chorych przychodnich i prywatnych domów zdrowia, wreszcie w czwartym wymienione są ważniejsze miejscowości kuracyjne, krajowe i zagraniczne oraz skazówki co do wyboru drogi i kosztów przejazdu.

— **Konkurs** na posadę I. asystenta przy katedrze anatomii opisowej w Uniw. Jagiell. Płaca roczna 600 złr. Podania do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 17. Lipca 1895.

— **Konkurs** na posadę II. asystenta przy katedrze fizyologii w Uniw. Jagiell. Płaca roczna 600 złr. Podania do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 17. Lipca 1895.

— **Posada** sekundaryusza przy szpitalu w Drohobyczu z pensyą 300 złr. i 50 złr. dodatku na fiakra. Podania do 31. Lipca b. r. do Magistratu drohobyckiego.

— **Posada** lekarza miejskiego w Brzostku w powiecie pilznieńskim. Pensya roczna 360 złr. Podania do 15. Lipca b. r. do miejscowego naczelnika gminy.

— **Nekrologia.** W Warszawie zmarli: w dniu 8. b. m. po długiej chorobie w 63. roku życia Dr. **Józef Stummer**; w dniu 9. b. m. Dr. **Antoni Tymiński** w 59. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 27. E. Flatau: Nauka o neuronach. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. — W *Medycynie* Nrze 27. L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych. S. Orłowski: Przypadek padaczki częściowej ciągłej (ciąg dalszy). — W *Kronice lekarskiej* Zeszycie czerwcowym: J. Sędziak: Niezwykły przypadek przymiotu migdałków, w Nrze z 1. Lipca b. r. J. Steinhaus i A. Szpanbok: Przypadek jednoczesnego wystąpienia moczówki (*diabetes insipidus*) i skroniowej ślepoty połowiczej (*hemianopsia bitemporalis*). — W *Zdrowiu* Zeszycie czerwcowym. J. Polak: O winie i przemyśle winnym w Warszawie. P. Troicki: Nowa lecznica Towarzystwa Czerwonego krzyża w Warszawie. A. Podolski: Higieniczny stan powiatu węgrowskiego gubernii siedleckiej.

— **Od Administracyi:** Dr. Stawowski z Krzeszowic przesłał 2 złr. na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 20. Lipca 1895 r. Nr. 29.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 5.
Telefonu Nr. 186.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał
Dr. Maksymilian Cercha.

WSTĘP.

Jakkolwiek w obecnej chwili wszyscy operatorowie zgadzają się na to, że w razie zajęcia dolnego odcinka macicy przez nowotwór złośliwy należy macicę usuwać w całości, bez względu na to, czy okres, w jakim się znajduje nowotwór, jest zaledwie początkowym, lub, czy rak już więcej się rozwinął, gdyż tylko na tej drodze można się spodziewać wyleczenia, to przecież do niedawna wykonywano jeszcze dwa inne zabiegi celem radykalnego leczenia raka części pochwowej i szyi, t. j. odcięcie części pochwowej śródpochwowe *(amputatio portionis vaginalis intravaginalis.* Braun), i odcięcie części pochwowej i szyi nadpochwowe *(amputatio supravaginalis.* Schroeder).

Prof. Schroeder, opierając się na badaniach Rugego i Veita, tyczących się rozwijania się raka części pochwowej i szyi, które zdaniem R. i V. wykazały, że rak jest cierpieniem miejscowem, dopóki ogranicza się do części pochwowej i dolnego odcinka szyi i nie rozszerzył się zbyt w sąsiedztwie, a z drugiej strony chcąc uczynić zadość temu szczytnemu zadaniu leczenia, t. j. aby usuwając chorobę, nie pozbawiać kobiety, o ile to możliwe, ważnego organu, podał wymieniony sposób operowania.

Nie dziwnego, że postępowanie to, polecone i wykonywane w owym czasie, kiedy wyniki po usunięciu całkowitem nie były świetne, albowiem daty statystyczne, zebrane między rokiem 1877—1887, wykazują po wyjęciu macicy 32·9% (Brunner)[1], 28% (Munde)[2], 24% (Hache)[3] śmiertelności, gdy po częściowej operacyi śmiertelność w tym samym czasie wynosiła 9·5%, gdy nadto wyniki co do trwałego wyleczenia po amputacyi, jak to wykazuje Hofmeier[4]), przemawiały na korzyść odcięcia częściowego, albowiem:

po dwóch latach było wyleczonych przypadków
po operacyi częściowej 46%
„ „ całkowitej 24%
po trzech latach
po operacyi częściowej 42%
„ „ całkowitej 26%
po czterech latach
po operacyi częściowej 41·3%
„ „ całkowitej — „

nic dziwnego, że wyniki te musiały wywołać pewną reakcyę i zwrot ku więcej zachowawczemu sposobowi leczenia raka. Przez szereg lat zdania operatorów są podzielone, który z tych sposobów zająć ma dominujące w operacyjnem leczeniu raka stanowisko. Williams[5]) n. p. w monografii swej w przekładzie niemieckim z r. 1890 a zatem już w czasie, gdy śmiertelność po wyjęciu macicy zmniejszyła się znacznie, wcale nie stawia wyżej wyłuszczenia macicy w całości nad operacyę częściową, opierając się raz na wyniku badań histologicznych nad rozszerzaniem się raka dolnej części macicy, które wykazały, że nowotwór zajmuje najwcześniej pochwę i *parametrium,* a powtóre uwzględniając, że kierunek cięć przy wyłuszczaniu zupełnem i przy operacyi Schroedera jest

[1]) Brunner: Dissertation. Zürich. 1884.
[2]) Munde: Americ. gynaek. assoc. (Gynaek. Transact.) cytow. z Pozziego.
[3]) Hache: Revue des sciences méd. 1887. p. 721.
[4]) Hofmeier: Zeitschrift für Geburts. und Gynaekologie. Tom 13. Z. 2. 1886.
[5]) Williams: Ueber den Krebs der Gebärmutter. Deutsch. v. C. Abel. Berlin 1890.

prawie ten sam. Z biegiem jednak czasu zupełne wycięcie macicy, przez wielu wprawnych operatorów wypróbowane i ulepszone, zaimponowało dobrymi wynikami nawet tym, którzy dotychczas chętnie poprzestawali tylko na operacyi częściowej, statystyka bowiem po roku 1886 wykazuje procent śmiertelności 5% (Leopold)[6]), 4% (Kaltenbach)[7]) a nawet mniej (Ott)[8]), chociaż co do trwałego wyleczenia i w tym czasie nie świetne są wyniki. Gdy jeszcze trwa ta niepewność co do wyboru operacyi, ale, gdy już nawet uczniowie Schroedera o racyonalności operacyi częściowej powątpiewać zaczęli, że tu wymienię zdanie Schatza, który wyłuszczając macicę z powodu nieznacznych zmian na części pochwowej, znalazł w jamie powyżej ujścia wewnętrznego część zajętą przez nowotwór drążący aż do otrzewny, tak mówi: *Mir als Schüler Schroeders fällt es schwer zu bekennen, dass solche Fälle, wie dieser wohl Anleitung geben müssen, sich im jedem sicher gestellten Falle von Carcinom nicht mit der supravaginalen Amputation zu begnügen, sondern immer die totale Operation vorzunehmen*, właśnie w tym czasie ogłasza C. Abel[9]) z kliniki Landaua w Berlinie spostrzeżenia, tyczące się zmian histologicznych błony śluzowej jamy macicy, której część pochwowa i szyja zajęta jest przez raka. Praca ta, której wynikiem jest zdanie, że błona śluzowa jamy macicy okazuje w pewnych razach zwyrodnienie mięsakowe, niewątpliwie przechyliła szalę na stronę doszczętnego usuwania macicy a wyrugowała operacye częściową, dała pochop do dokładnego badania błony śluzowej całej macicy, które mało dotychczas uwzględniano. Z literatury, z którą poniżej się zapoznamy, przekonać się można, że zdania w kwestyi poruszonej przez Abla są podzielone.

Korzystając z materyału obfitego, nagromadzonego w zakładzie prof. Marsa, podjąłem szereg badań histologicznych, aby się przyczynić do rozjaśnienia kwestyi, czy rzeczywiście zmiany błony śluzowej są tego rodzaju, za jakie uważa je Abel i czy one same przez się usprawiedliwiają wyjęcie macicy w każdym przypadku raka części pochwowej.

Piśmiennictwo.

Abel[9]) badał w siedmiu przypadkach po wyłuszczeniu błonę śluzową jamy macicy. We wszystkich przypadkach znalazł bardzo znaczne zmiany na błonie śluzowej jamy macicy, błona zaś śluzowa szyi nie okazywała zmian. Co do natury zmian, to w trzech przypadkach znalazł zwyrodnienie mięsakowe błony śluzowej *(sarcomatose Entartung)*, które tak bliżej określa: Widać na tych preparatach w tkance międzygruczołowej pasma nowo wytworzonych komórek wrzecionowatych Czasem komórki stają się większe a nareszcie zmieniają się w komórki podobne do przybłonkowych. W przypadku pierwszym uważa Abel zmiany za mięsak okrągłokomórkowy a w dwóch innych za mięsak o komórkach wrzecionowatych. Z pozostałych czterech przypadków, w dwóch uważa zmiany za pierwszy okres mięsaka a w dwóch innych znalazł zmiany zapalne, odnoszące się tak do gruczołów, jak i do tkanki międzygruczołowej. Z badań tych wynika, że rak części pochwowej nie jest cierpieniem miejscowem, że często, chociaż nie zawsze, ulega błona śluzowa jamy macicy zwyrodnieniu mięsakowemu a oprócz tego mamy w niej zmiany zapalne. Zwyrodnienie to nie jest przerzutem, lecz jestto zmiana odrębna, jednak w związku z rakiem części pochwowej zostająca, t. j. że jeden i ten sam bodziec wywołał w dwóch różnych częściach macicy dwa nowotwory złośliwe, formą się tylko różniące, tak jak n. p. prątek gruźlicy wywołać może na skórze gruźlicę w postaci liszaja żrącego *(lupus)* a w płucach w innej formie. Na tej podstawie uważa Abel wyłuszczenie macicy w całości w każdym przypadku raka części pochwowej ze stanowiska anatomopatologicznego za usprawiedliwione.

Tak więc Abel wypowiedział odmienne zdanie, jak Ruge i Veit[10]), którzy w dziedzinie badań nad rakiem wielkie mają zasługi, zdaniem ich bowiem rak w początkowych okresach jest cierpieniem miejscowem.

To zapatrywanie odmienne Abla, na które powołuje się L. Landau[11]) w wykładzie, w którym oświadcza się przeciw operacyi częściowej nawet w początkowych okresach raka, dało hasło do dalszych badań.

Fränkel[12]) z Hamburga na podstawie badań sześciu przypadków raka szyi macicy przyznaje, że błona śluzowa ulega znacznym i ciężkim zmianom, ale chociaż obrazy mikroskopowe jego preparatów są podobne do obrazów Abla, to przecież pod żadnym warunkiem nie może się pisać na rozpoznanie mięsaka, lecz uważa zmiany w tkance międzygruczołowej za wynik chronicznej sprawy zapalnej. Zmiany tyczą się w pierwszej linii systemu gruczołowego a bardzo często i tkanki międzygruczołowej; w gruczołach znajdujemy przerost ilościowy i jakościowy *(hyperplasia et hypertrophia)*; w tkance międzygruczołowej zmiany polegają na obecności znacznej ilości komórek wrzecionowatych pojedynczo lub w pasma ułożonych, obok których widać komórki drobne, okrągłe. Pasma te zazwyczaj znajdują się tylko w warstwie błony śluzowej. W niektórych przypadkach znalazł Fraenkel znacznie więcej naczyń.

Wszystkie te zmiany, zdaniem autora, przedstawiają znany dobrze obraz zapalenia chronicznego błony śluzowej macicy, które może być następstwem różnych przyczyn. Zmiany, jakie znalazł Abel, przemawiają za tem, że choroba trwała dłużej. I Fränkel wspomina wyraźnie o różnorodności komórek i o tem, że komórki jednego kształtu przechodzą w drugie. Że to jest właśnie cechą sprawy zapalnej, świadczy o tem ustęp pracy Rugego w dziele Schroedera[13]), w którym wspomina, że we wczesnym okresie zapalenia mamy komórki małe, okrągłe z małą ilością pierwoszcza, później jednak, gdy nie następuje wyzdrowienie, zmieniają się one na komórki wrzecionowate z jądrem owalnem, ułożone w pasma; następnie komórki te powiększają się, zawierają więcej pierwoszcza i stają się podobnemi do komórek doczesny. Trudno jest powiedzieć, czy komórki powstają z ciałek białych, jak chce Ruge, czy też przez dzielenie się istniejących już komórek tkanki łącznej (*kariokinesis*). I jedno i drugie jest możebnem. Do tych samych wyników doszedł Eckardt[14]), który badał jedenaście przypadków z kliniki

[6]) Leopold: Archiv für Gyn. Bd. 36.
[7]) Kaltenbach: Berl. klin. Wochenschrift. 1889.
[8]) v. Ott. Ann. de Gynaek. 1889. Octob. et Novemb.
[9]) C. Abel. Arch. für Gynaeck. Tom 32. Z. 2.

[10]) Ruge i Veit: Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschrift f. Geb. und Gynäk. T. VII.
[11]) L. Landau: Berliner klin. Wochenschrift Nr. 10. 1888.
[12]) Fränkel: Arch. f. Gynäk. T. 33. str. 147.
[13]) Schroeder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 7. Aufl. s. 116.
[14]) Eckardt: Über das Verhalten der Corpusschleimhaut bei Portiocarcinom. Verhandl. der deutschen Gesells. für Gynäk. 1888. s. 295. Ref. Centralblatt f. Gynäk. 1888. Nr. 26.

Kaltenbacha; i on znalazł na błonie śluzowej jamy macicy tylko objawy sprawy zapalnej.

W tej samej sprawie zabrał głos na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Berlinie Saurenhaus[15]) głos bardzo poważny, opierający się na badaniu największej liczby przypadków (50).

Z pracy tej, dokonanej na materyale kliniki profesora Olshausena, wynika, że w żadnym przypadku nie znalazł S. prawidłowej błony śluzowej jamy macicy. Znalazł również w większej liczbie przypadków zmiany w mięśniach macicy i uważa je za następstwo długotrwałego drażnienia wywołanego obecnością raka; zmiany te podobne są do tych, które spotykamy w przewlekłem zapaleniu miąższu macicy (*metritis chronica*). Przybłonek na powierzchni błony śluzowej w największej liczbie przypadków nie okazuje zmian; czasem jednak znajdują się cechy przemiany wstecznej, t. j. przybłonek nie posiada rzęsków i ma kształt więcej kwadratowy lub okrągły. Czasem znów nie znajdujemy na powierzchni przybłonka. Te same zmiany znaleść można często także w przybłonkach gruczołów; światło gruczołów bywa często węższe. Kierunek przebiegu gruczołów w błonie śluzowej nie jest do powierzchni prostopadły, lecz równoległy lub skośny; to też mała liczba gruczołów uchodzi na powierzchnię, w skutek czego wydzielina gruczołów zatrzymuje się w przewodzie a gruczoły zmieniają się w torbiele.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski.

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

O ile sekcye zwłok osób, które za życia były pod opieką dłuższą lub krótszą lekarzy, budzą interes dla klinika, o tyle sekcye zwłok osób nagle zmarłych bez opieki lekarskiej interesują niezmiernie tak anatomo-patologa, jak też i lekarza sądowego. Śmierć nagłą spotykamy u osób zupełnie zdrowych lub też u osób cierpiących, których jednakże cierpienia nie były tej natury, by śmiercią mogły się zakończyć. Naturalnem następstwem nagłego zejścia śmiertelnego jest strach u osób, żyjących w bliskiej styczności z denatem wobec niewiadomości, co mogło być przyczyną tak nagłej śmierci. Właśnie niewiadomość przyczyny śmierci, ponieważ nie jest wykluczona możliwość, iż śmierć nagła była następstwem zbrodni, jest powodem, iż władze, które mają rozwiązywać podobne zagadki, zostają zaalarmowane każdym podobnym przypadkiem. W niniejszej pracy pominę znaczenie śmierci nagłej dla rodziny lub dla władz a zajmę się tylko interesem, jaki budzą dla prosektora.

Nieraz już same oględziny zewnętrzne, opierające się na wejrzeniu ciała, na zachowywaniu się plam pośmiertnych, ich szybkości w powstawaniu, ich barwy i rozległości, na wykazaniu krwotoków usznych, lub z jamy ust i nosa, na wystąpieniu stężenia pośmiertnego, ciepłoty, podbiegnięć lub ran, naprowadzają zaraz lekarza na przyczynę zejścia; z tego też powodu oględziny zewnętrzne mają ogromne znaczenie w nauce medycyny sądowej.

Wiadomo wszystkim, że plamy pośmiertne w razie nagłej śmierci występują nadzwyczaj szybko i obficie, co zależy przedewszystkiem od ilości i płynności krwi u denata. Człowiek zupełnie zdrów, nie schorowany, gdy nagle zejdzie z widowni świata, musi mieć ilość krwi znaczniejszą, niżli człowiek chory lub charłaczy. Do tego przyczynia się płynność krwi, która jest cechującą przy śmierci nagłej. Obie te własności razem skombinowane są właśnie przyczyną szybkiego powstawania plam pośmiertnych. Nie małą też rolę przytem odgrywa ciężkość samej krwi, powtóre porażenie siły czynnej, utrzymującej krążenie w ruchu, gdyż przez to opad krwi jest szybszy; im rychlej zaś występują plamy pośmiertne i im są obfitsze, tem większą widzimy różnicę w zabarwieniu dolnej i górnej części ciała. Nieraz już po trzech godzinach plamy występują, naturalnie jeżli ciało jest w spokoju. Ponieważ zaś denata zwyczajnie układa się na grzbiecie, przeto też i plamy najczęściej znajdujemy w owem miejscu. W razie, gdy plamy pośmiertne widzimy na innych miejscach, wnosimy, że inne było ułożenie ciała po śmierci. U powieszonych n. p. plamy pośmiertne najwięcej występują na kończynach dolnych; Hofmann zaś podaje dwa przypadki śmierci nagłej w pozycyi siedzącej, wobec czego i plamy pośmiertne najobficiej wystąpiły na pośladkach. Usadowienie się plam, jak z tego widzimy, nieraz może rzucić światło na postawę denata, w której go śmierć zaskoczyła; nieraz wszakże mogą one lekarza niewprawnego w błąd wprowadzić, jak o tem świadczy przypadek przez Maschkę opisany (*Vierteljschr. für ger. Medic.* 1883.), tyczący się kobiety zmarłej nagle w nocy na krwotok mózgowy, którą znaleziono nad ranem leżącą w łóżku na prawej stronie ciała. Obducenci, którzy na to nie zwrócili uwagi, znalazłszy przy sekcyi przekrwienie szyi a nawet wybroczyny na prawej spojówce oka i twarzy, orzekli błędnie, iż śmierć nastąpiła z zadławienia. Usadowienie się plam nie tyczy się tylko miejsc uciśniętych ciężarem ciała własnego lub inną przeszkodą.

Nie mniejszą rolę odgrywa przy śmierci nagłej zabarwienie plam pośmiertnych. Przy śmierci skutkiem prostego porażenia serca plamy pośmiertne są barwy wiśniowej. Odmiennie przedstawiają się jednak w zatruciu tlenkiem węgla, gdzie są jasno różowe, lub w zatruciu chloranem potasowym, gdzie są czekoladowo-szare. W niektórych przypadkach, jak przy utonięciu, przy zamarznięciu, choć krew wewnątrz jest wiśniową, plamy są jasno-różowe.

Nie trzeba również pomijać ciepłoty ciała po śmierci. Według Caspra oziębienie zupełne ciała następuje od 8 do 17 godzin po śmierci. Według innych po 23 godzinach. Co wpływa na rychlejsze lub późniejsze oziębienie się ciała, dotychczas stanowczo jeszcze nie wykazano. To pewna, że dzieci szczuplejsze prędzej ulegają oziębieniu, niż szczupłe osoby starsze; te zaś znów prędzej, niż osoby otyłe. Również i inne okoliczności, jak zimno lub ciepło środowiska, w którem się ciało znajduje, nie mało też znaczą. Sekcyonując w ostatnich latach zmarłych na cholerę, nieraz widziałem podniesienie się ciepłoty ciała po śmierci a nawet w dwóch przypadkach widziałem drganie włókienkowe mięśni, opisane już dawniej przez Dietla, Eppingera, Ieanselma i Draschego. Hofmann spostrzegał podwyższenie ciepłoty ciała po śmierci w tężcu, tudzież w chorobach nerwowych szybko przebiega-

[15]) Saurenhaus: Das Verhalten des Endometriums bei Portio- u. Cervixcarcinom. Bericht über Verhandl. der Gesells. f. Geb. u. Gynäk. zu Berlin. Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. T. XVI. s. 75. i T. XVIII. s. 9. 1890.

jących, nigdy jednak nie obserwował go n. p. w razie utonięcia, zamarznięcia, spalenia lub śmierci w skutek spalenia.

Stężenie pośmiertne też pod niejednym względem zaciekawia obducenta. W zwyczajnych przypadkach ukazuje się ono w 2 do 6 godzin po śmierci. Nieraz jednak w razie śmierci nagłej po mocnych krwotokach, zatruciu strychniną, udarze słonecznym lub rażeniu piorunem, występuje daleko wcześniej. W innych przypadkach, n. p. po zatruciu grzybami, fosforem, nie występuje wcale lub słabo, podobnie jak u płodów poronionych. W nowszych czasach szczególniej Seydel (*Vierteljahr. f. ger. Med.* 1889.) i Du Bois-Reymond zwrócili uwagę, że nieraz stężenie mięśniowe może nie tylko występować po śmierci, ale nawet w czasie śmierci nagłej, co obserwowali w ostatnich wojnach u żołnierzy i koni. Stan ten nazwali kataleptycznem stężeniem pośmiertnem. Hofmann i Falck podobnież widzieli takie stężenie przy śmierci nagłej po zranieniach rdzenia pacierzowego w części szyjnej. W ogólności stężenie pośmiertne u osób zażywnych występuje rychlej i trwa dłużej, niż u indywiduów charłaczych.

Nie mniej inne cechy mają znaczenie, n. p. kierunek bruzdy wisielczej. Że ona rzeczywiście ma wielkie znaczenie, widzieliśmy w przypadku, który się zdarzył w Wiedniu 1. Marca 1895 r. Wdowę J. znaleziono nieżywą w jej pomieszkaniu. Z wejrzenia całego ciała, z rozpoczynającej się już nekrozy mumifikacyjnej na palcach nóg i rąk wnosił Hofmann, że śmierć zaszła z pewnością najmniej przed 10 dniami; z ułożenia zaś bruzdy, z jej kierunku, braku węzła i z innych danych, podał w orzeczeniu, iż śmierć była gwałtowną, skutkiem powieszenia z równoczesnem zadzierzgnięciem. Energiczne śledztwo wykryło, że rzeczywiście w ten sposób ją zamordowano i to przed 9-ciu dniami a spełniono zbrodnię w ten sposób, iż zbrodniarz schwyciwszy kobietę na powróz, zarzucił ją na plecy swoje; będąc wysokim, podniósł ją do góry, przez co ją powiesił. Zaciśnięcie pętli było skutkiem nie tylko działanie ciężaru ciała, lecz też i podniesienia ofiary na pętli i zadzierzgnięcia.

Pomijam na razie inne, również ważne cechy zewnętrzne śmierci nagłej, jak podbiegnięcia, rany wszelkiego rodzaju, wynaczynionki, o których przy opisywaniu przypadków z osobna nadmienię a przystępuję do omówienia właściwych przyczyn śmierci nagłej.

Przypadki nagłej śmierci, w których jest oczywista przyczyna śmierci, budzą przeważnie zajęcie dla anatomopatologa. Ileż to jednak przypadków dostaje się do sekcyj policyjnych lub sądowych, w których oznaczenie przyczyny śmierci przedstawia niemało trudności. Nieraz znajduje się wprawdzie zmiany patologiczne w narządach, ale nieznaczne, z których w żaden sposób nie można podać przyczyny zejścia, lub też nie wykrywa się przy sekcyi żadnych zmian. W takich razach obducent nie może opierać się tylko na wyniku sekcyi, ale musi uwzględnić okoliczności towarzyszące śmierci.

Każdy uraz w głowę, który nadweręża substancyą mózgową, może być przyczyną zejścia śmiertelnego a to 1) przez uszkodzenie samej substancyi mózgu, 2) przez wstrząśnienie mózgu, 3) przez ucisk wynaczynionej krwi z przerwanych naczyń oponowych. Szczególniej trzeba uwzględniać dwie ostatnie okoliczności; krwotoki bowiem tak podoponowe jak mózgowe zazwyczaj według Lessera (*Die wichtigsten Sectionsergebnisse in 171 Fällen plötzlichen Todes*) wywołują śmierć nagłą w skutek nadmiernego powiększenia ucisku śródczaszkowego. Już wyżej wspomniałem, że krwotoki podoponowe lub mózgowe są zazwyczaj skutkiem urazów, nie trzeba jednak zapominać i o innych przyczynach je wywołujących, jak n. p. o pęknięciach tętniaków naczyń na podstawie mózgu. Hofmann z 20 lat zebrał przypadków takich 75, które opisał 1894. roku w pracy: *Über Aneurysmen der Basilararterien und ihre Ruptur als Ursache des plötzlichen Todes.* Wykazanie jednak takich tętniaków nieraz nie udaje się przy sekcyi, zwłaszcza wtedy, gdy były bardzo mało krwotoki; takie, zdaniem Hofmanna, mają występować częściej u kobiet, niż u mężczyzn; odwrotnie zupełnie jak krwotoki śródmózgowe są następstwem pęknięcia tętniaków znajdujących się w mózgu. Od czego właściwie zależy powstawanie tętniaków i co na nie wpływa, nie jest dokładnie wyjaśnionem. Nie ulega wątpliwości, że tak miażdżyca, alkoholizm jak i kiła mogą je wywołać. Nieraz jednak, zdaniem Hofmanna, wiotkość naczyń z powodu wadliwego rozwoju warstwy mięśniowej i sprężystych pierwocin ścian naczyń tylko trzeba uważać za główną przyczynę. U osób z cienkiemi naczyniami łatwo samo parcie krwi lub wadliwe krążenie wystarczyć może do rozszerzenia tętnic a nawet do ich pęknięcia. Niezmiernego też znaczenia jest przebieg tętniczek na podstawie mózgu; wiadomo bowiem z anatomii, że przebiegają one luźnie lub też są przytwierdzone do sąsiedztwa. Pęknięcia takich tętniaków nie tylko mogą powstać zaraz po urazie, owszem najczęściej tylko silniejszy ruch, upadnięcie lub parcie na stolec wystarcza w zupełności do pęknięcia. Sam widziałem pięć przypadków, dwa w Galicyi, trzy w Wiedniu. Jeden z nich tyczył się pasterki z pod Krakowa zupełnie zdrowej, która przy uganianiu się za bydłem upadła i nagle życie zakończyła. Przy sekcyi znalazłem rozległy krwotok podoponowy jako następstwo pęknięcia małego tętniaka wielkości groszku. Osoba była bardzo młoda, bo liczyła 18 lat i nie miała żadnych zmian w narządach wewnętrznych prócz hipoplazyi układu naczyniowego, tudzież nadzwyczaj wiotkich ścian naczyń. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Badania doświadczalne nad powstawaniem urobiliny.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 17. Kwietnia 1895.

przez

Prof. Dra A. Becka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Jest więcej, niż prawdopodobnem, że sterkobilina kału jest identyczną z urobiliną moczu i pozostaje tylko do rozstrzygnięcia, czy urobilina kału jest źródłem urobiliny moczu i czy jest jedynem jej źródłem.

Zdawałoby się, że przekonać się o tem drogą doświadczenia jest rzeczą prostą: należy tylko u zwierzęcia odciąć dopływ żółci do jelit i badać, jak się zachowuje wtedy mocz. Jednakże doświadczenie tego rodzaju napotyka na tę trudność, że u psa i królika w prawidłowym moczu nie ma urobiliny a jeżeli jest, to w tak małej ilości, że rezultatów ba-

dania nie można uważać za pewne. Zastanawiając się nad tem, co może być przyczyną, że urobiliny nie ma w moczu psa pomimo, że jest w kale, można było przypuścić, że u zwierząt tych treść w jelicie zbyt krótko zalega, że bakterye gnilne nie mają czasu odtlenić barwików żółci. Przeciw temu jednak przemawia to, że pies oddaje twardy kał, zawierający urobilinę a nie barwiki żółci a nadto doświadczenie, w którem psu podawałem makowiec i wywołałem u niego długotrwałe zaparcie a pomimo to urobilina nie występowała w moczu. Pozostawała druga możliwość, że urobilina uległszy wessaniu z jelit, przechodząc przez naczynia włosowate żyły braunej w wątrobie, częściowo w wątrobie pozostaje, częściowo zostaje zwrócona do jelita wraz z żółcią.

Na tę myśl naprowadziło mnie kilka doświadczeń, wykonanych na psach, którym podwiązywałem przewody żółciowe. Po kilku dniach żółć zalegająca u tych zwierząt w rozszerzonych drogach żółciowych nie zawierała urobiliny, gdy żółć psów zdrowych, jak wiadomo, stale zawiera ten barwik. Okoliczność ta przemawiała za tem, że źródłem urobiliny żółci jest sterkobilina kału a dalszego i bezpośredniego dowodu na to dostarczyły mi doświadczenia, wykonane na psie z przetoką żółciową zupełną.

Podczas zakładania przetoki (podwiązywanie przewodu żółciowego głównego i wszycie otwartego pęcherzyka żółciowego w ranę) badanie żółci wydobytej z pęcherzyka wykazało w niej obecność urobiliny. W kilka dni po założeniu przetoki przekonałem się, że urobiliny w żółci nie ma. Tu się rozpoczyna szereg doświadczeń. Kiedy już ani w żółci, ani w kale psa nie było urobiliny, wprowadziłem do żołądka kilkadziesiąt cm. sześc. żółci zebranej u tego psa dnia poprzedniego. Badanie żółci wtedy wykazało, że od chwili wprowadzenia żółci do żołądka, zaczęła się zjawiać w żółci psa urobilina. Dla przykładu przedstawię liczby oznaczające stopień absorbcyi urobiliny:

Po 7 godz. od wprowadzenia żółci do żołądka	0·71091
„ 12 „ „ „ „ „ „	0·58321
„ 20 „ „ „ „ „ „	0·69209
„ 30 „ „ „ „ „ „	0·87928
„ 46 „ „ „ „ „ „	0·92131
„ 96 „ „ „ „ „ „	0·78403
„ 120 „ t. j. po 5 dniach nie było już wcale urobiliny.	

Dziwić może okoliczność, że już po 7 godzinach znajdowała się urobilina w żółci a więc w czasie, gdy nie mogło jeszcze być mowy o tem, aby żółć dostała się do jelita grubego i aby urobilina wytworzona tu pod wpływem bakteryj gnilnych, uległa wessaniu. Wytłómaczenie jednak tego jest bardzo proste: w żółci zbieranej przez całą dobę podczas pory letniej już pod wpływem bakteryj gnilnych z powietrza wytworzyła się pewna ilość urobiliny, która odrazu uległa wessaniu i dostała się już do wątroby gotowa. Później jednak ilość urobiliny w wydzielonej żółci się zmniejszyła a wzrosła dopiero, gdy w jelicie grubem pod wpływem gnicia bilirubina przeszła w sterkobilinę. Badanie kału psa wykazało wtedy też obecność w nim urobiliny. Dalsze doświadczenia, w których podawałem zwierzęciu czystą żółć wołową, nie zawierającą prawie urobiliny, oczywiście w czasie, gdy już urobiliny nie było ani w kale, ani w żółci psa, wydały wynik zupełnie zgodny z poprzedniem.

Doświadczenia te zatem dowodzą, że urobilina żółci ma swoje źródło w urobilinie kału i że jeżeli jej nie ma w jelicie, to nie ma jej i w żółci. Odpada zatem główny punkt oparcia teoryi autorów francuskich, którzy właśnie na tej podstawie uważają wątrobę za miejsce powstawania urobiliny, że znajdujemy ją już w żółci. Mojem zdaniem komórki wątrobowe wyławiają urobilinę, która tu dostaje się przez krążenie żyły braunej z jelit, i oddają ją częściowo do żółci, zwracając ją w ten sposób znów do jelit, być nawet może pewną część zamieniając znowu w bilirubinę. Reszta urobiliny, której komórki wątrobowe nie zużyły, a może i ta część, która wprost z jelit za pośrednictwem naczyń limfatycznych dostała się do obiegu krwi, przechodzi do moczu i jest źródłem urobilinuryi.

Być także może, że w pewnych stanach chorobowych komórek wątrobowych, zdolność ich wyławiania urobiliny i przenoszenia do żółci jest upośledzoną a wtedy wzmaga się ilość urobiliny w moczu. W tem tylko rozumieniu godzę się na t. zw. *insuffisance hepatique*.

Tego samego psa z przetoką żółciową użyłem jeszcze do skontrolowania twierdzenia niektórych autorów, że urobilina kału nie powstaje z barwików żółci, lecz z barwika krwi (hematyny), zawartego w pokarmach. Jakkolwiek to twierdzenie nie wydaje się prawdopodobnem dlatego, że urobilina znajduje się także w kale zwierząt i ludzi, żywiących się tylko pokarmami roślinnymi a nie ma jej w kale osób, w których żółć nie dostaje się do jelit, nawet wtedy, gdy żywią się mięsem, pragnąłem doświadczeniem to stwierdzić. W tym celu podawałem psu do żołądka znaczne ilości krwi lub zmodyfikany barwik krwi (kiszkę krwawą). Badanie kału wykazało tylko obecność hematyny, ani śladu urobiliny, której też nie było i w żółci.

W końcu urządziłem jeszcze jeden rodzaj doświadczeń, ażeby się przekonać, czy obok głównego miejsca wytwarzania się urobiliny, jakiem są jelita, znajduje się w organizmie jeszcze jakie inne źródło; chciałem mianowicie skontrolować tak zwaną teoryę urobilinuryi *haematogenes*. W tym celu (dwa razy tylko) wprowadziłem pod skórę psa 20—50 cm.³ krwi i szukałem następnie urobiliny w moczu, kale i w żółci. Doświadczenia te nie były zbyt dokładne, gdyż pies gorączkował. W ciągu tych doświadczeń pokazała się pewna ilość urobiliny w żółci, nadzwyczaj mała w moczu a wcale jej nie było w kale.

Na podstawie tych dwóch doświadczeń nie można zatem odrzucić twierdzenia, że urobilina wytwarza się także gdzieindziej, może we krwi lub tkankach, w następstwie krwotoków lub pod wpływem stanu gorączkowego. Że w tym przypadku nie mógł wpływ ten być pośrednim przez zwiększenie wydzielania żółci i zwiększenie przez to materyału dla produkcyi urobiliny w jelitach, wynika oczywiście z natury doświadczenia; dopływ bowiem żółci do jelit był tu niemożebny.

W każdym jednak razie oceniając tę bardzo małą ilość urobiliny, która w tych ostatnich doświadczeniach widziałem w żółci w porównaniu do tych znacznych ilości, które występowały po podaniu żółci do przewodu pokarmowego, musimy za główne źródło urobiliny w ustroju uważać światło jelit.

IV. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

L. Kleinwächter: **O działaniu wstecznem aseptycznej ginekologii i położnictwa na patologię.**

Od czasu wprowadzenia aseptyki i antyseptyki wykonywamy śmiało zabiegi operacyjne, któreby przed 20 laty musiano potępić, ale za to spostrzegamy następowo sprawy patologiczne, których poprzednio wcale nie znano tak, że patologia przedstawia obecnie w części inny obraz, niż dawniej. U kobiet, które poprzednio prawidłowo i na czasie rodziły, następują po celiotomii z powodu jakiegoś ginekologicznego cierpienia liczne poronienia lub porody przedwczesne a to, ponieważ po celiotomii powstałe zrosty lub błony rzekome nie pozwalają ponownie ciężarnej macicy powiększyć się odpowiednio. W przypadkach, w których po *ventrofixatio uteri* następowała ciąża, kończyła się ona przedwcześnie i dopiero po kilku poronieniach lub porodach przedwczesnych rodził się płód donoszony (wessanie, względnie rozciąganie zrostów, przerywających poprzednio ciążę). W przypadkach, w których wykonano celiotomię dla usunięcia rozmaitych guzów u kobiet ciężarnych, gdzie macica uległa zranieniu, została ciąża natychmiast przerwana. Operacye połączone z wielką utratą krwi a przedewszystkiem operacye w sąsiedztwie części rodnych łatwo przerywają ciążę. Widzimy z tego, że istnieje szereg okoliczności, przerywających ciążę, które w czasie przedantyseptycznym nie tylko były nie znane, lecz w ogóle nie istniały. Truzzi i Acconsi zwracają uwagę, że porody przedwczesne, w przedantyseptycznych czasach wywołane, prędzej się zakończały, niż dzisiaj, gdzie czynność bólów jest daleko mniej energiczną. Wtedy było lekkie zakażenie septyczne zwykłym dodatkiem przy powyższym zabiegu a następstwem tego było wzmocnienie bólów; obecnie zaś, kiedy operujemy aseptycznie, czynnik ten odpada a bóle są słabsze. Przez stosowanie środków przeciwgnilnych (sublimatu) w połogu sprowadzamy obrazy chorobowe, których w czasach przedantyseptycznych także nie znano.

Daleko większa jest liczba nowych obrazów patologicznych w następstwie różnorodnych zabiegów chirurgicznych, stosowanych w nowoczesnej ginekologii operacyjnej. Przypiekania jamy macicy a przedewszystkiem szyjki, sprowadzają bardzo znaczne zwężenia z następowymi objawami bolesnego i trudnego miesiączkowania (*dysmenorrhoea*), do usunięcia których potrzeba znowu długoletniego leczenia a nawet operacyi. Jednym z najczęstszych stanów chorobowych po wielkich operacyach ginekologicznych jest przepuklina brzuszna, w czasie przedantyseptycznym prawie nie znana. To samo tyczy się niedrożności jelit, występujących po wielkich operacyach wśródbrzusznych, szczególnie po owaryotomiach. Tak samo ma się rzecz z rozmaitemi dolegliwościami, ukazującemi się po zaotrzewnowem zaopatrzeniu kikuta nadpochwowo odciętej macicy z następowymi bólami, zboczeniami w czynności pęcherza, wywołanemi przez kikut i blizny, przetokami szyjkowemi i t. d.

Po usunięciu jajników i macicy następują rozmaitego rodzaju zmiany cielesne i umysłowe, „zjawiska braku“ (*Ausfallssymptome*), dolegliwości w miesiączkowaniu, zboczenia nerwowe przyrody naczynioruchowej, zboczenia umysłowe, dostarczające obrazów chorobowych, znanych dopiero od niedawna. Przez badanie części rodnych wewnętrznych teraźniejsze, często nie bardzo delikatne rękami i rozmaitemi narzędziami sprowadzamy niekiedy rozmaite sprawy zapalne, *perimetritis* i *parametritis*, jeśli ręka nie jest dostatecznie wprawną, aseptyczną, jeśli przeoczymy objawy zapalenia lub zadrażnienia, w ograniczonem miejscu się znachodzące, choć z drugiej strony takie szczegółowo badanie umożliwia dokładne rozpoznanie, wskazania i przeciwskazania dla pewnego zabiegu operacyjnego. Kleinwächter sądzi, że te niekorzystne strony nowoczesnego badania odgrywają daleko większą rolę, niż się to powszechnie przyjmuje, i dają nam wskazówkę, dla czego dzisiaj *perimetritis* i *parametritis*, jakoteż ich pozostałości, częściej napotkać możemy, niż dawniej.

Praca powyższa chciałby Kleinwächter zwrócić na to uwagę, że zabiegi operacyjne, umożliwione antyseptyką i aseptyką, choć uważać je należy za ważne postępy, posiadają także swoje niekorzystne strony, które znowu o tyle są pouczającemi, o ile rozszerzają znany nam dotychczas zakres patologii. (*Wien. med. Presse.* 1894. Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Chirurgia.

J. Dollinger (prof. w Budapeszcie): **Operacyjne usuwanie gruźliczo zwyrodniałych gruczołów limfatycznych karkowych i podszczękowych bez pozostawienia widocznej blizny.**

Celem uniknięcia tak bardzo szpecących blizn po wyłuszczeniu gruczołów chłonnych używa autor następującego postępowania: Po dokładnej desinfekcyi głowy i włosów prowadzi cięcie skórne na karku, powyżej zewnętrznego przewodu usznego, o centymetr poniżej granicy włosów, przebiegające w długości 5 do 6 centymetrów ku dołowi i tyłowi. W razie potrzeby może cięcie sięgać aż do środka karku. Przedni dolny brzeg rany oddziela się nożem w pewnej długości, niżej oddziela się skórę na tępo częścią palcem, częścią za pomocą elewatora, dopóki nie dotrze się ku przodowi aż do gruźliczych gruczołów chłonnych. Uchwyciwszy je kleszczykami Muzeuxego, oddziela się je od tkanki otaczającej i usuwa. Tym sposobem udało mu się gruczoły z okolicy podbródkowej i obojczykowej pociągnąć aż przed ranę i wyłuszczyć. Tkankę łączną preparuje się od gruczołów po wydobyciu ich poprzed ranę. W kilku przypadkach oddzielił Dollinger gruczoły od żyły jarzmowej, nie kalecząc jej. Po wyłuszczeniu gruczołów zeszywa się skórę. Według tego postępowania możnaby także usunąć skórzaki i torbiele jednokomorowe. (*Pester medic. chir. Presse*, 1894. Nr. 14).

Dr. Bf.

Choroby zakaźne.

Scherer: **Przyczynek do rozpoznania nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych.**

W 18 przypadkach zapalenia opon nagminnego, w znacznej części potwierdzonych wynikiem sekcyi, zdołał Scherer w śluzoworopnej wydzielinie nosa w pierwszych dniach choroby wykazać obecność *diplococcus intracellularis* Weichselbauma. W kilku z tych przypadków dopiero przez założenie hodowli udowodnił S. obecność tego drobnoustroju, w innych wystarczało bezpośrednie badanie mikroskopowe (potwierdzone potem hodowlami). Dla kontroli badał S. około 50 wydzielin nosa osób zdrowych i innymi chorobami dotkniętych i znalazł dyplokoki tylko 2 razy; raz u lekarza, który kierował desinfekcyą mieszkania, gdzie przebywał chory na zapalenie opon, drugi raz u chorego tyfusowego z atypowym przebiegiem gorączki. Na podstawie swoich spostrzeżeń widzi się S. uprawnionym do wniosku, że zakażenie ustroju w zapaleniu opon nagminnem następuje za pośrednictwem dróg oddechowych i że badanie wydzieliny nosa w tych przypadkach może mieć znaczenie rozpoznawcze i to tem donioślejsze, im wcześniej się go dokona. (*Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde.* T. XVII. 1895. Nr. 13. i 14).

Dr. Ciechanowski.

Anatomia patologiczna.

R. Kretz: **Sprawozdanie sekcyjne z 200 przypadków błonicy z szczególniejszem uwzględnieniem leczonych surowicą właściwą.**

Autor, prosektor szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu od początku roku 1894. do 24. Marca 1895. dokonał sekcyj na 200 zwłokach osób zmarłych z powodu błonicy samoistnej, pierwotnej. Cały materyał sekcyjny dzieli autor w swych tablicach na 3 gromady. Do pierwszej zalicza przypadki bło-

nicy zgorzelinowej, kończące się śmiercią w kilku pierwszych dniach; do drugiej zalicza przypadki błonicy, do których dołączają się ostre choroby gorączkowe, jak zapalenie płuc, gruźlica ogólna; do trzeciej wreszcie zalicza przypadki błonicy, do której przyłączają się choroby długo trwające, wyniszczające, jak chroniczne zapalenia płuc, ropnica, gruźlica. Osobno we wykazach swoich uwzględnia autor porażenie serca i choroby nerek. Mając na uwadze, iż śmiertelność chorych na błonicę, leczonych metodami dawnemi wynosiła 44%, leczonych zaś surowicą 12·7% i zestawiwszy grupami obie metody leczenia przychodzi autor do wniosku, iż leczenie surowicą łagodzi u chorych na błonicę niebezpieczeństwo pierwotnej sprawy a przez to przedłużanie życia zwiększa szanse wyleczenia. *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 14. 1895).

Dr. Komorowski.

Choroby dzieci.

Izor Alfoldi: **Przypadek śmierci skutkiem zapobiegawczego zastrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej.**

Trzechletniej dziewczynie zastrzyknięto, ulegając woli rodziców 2 cm.[3] numeru pierwszego surowicy Behringa a to celem zapobieżenia rozwinięcia się błonicy, którą stwierdzono u brata. Następnego dnia po zastrzyknięciu dostrzeżono, że dziecko jest osłabione; w dwa dni po zastrzyknięciu znaleziono ciepłotę 40·2 bóle w krzyżach, i dużo białka w moczu. Trzeciego dnia nudności i wysypka z wynaczynionkami na skórze, wreszcie czwartego dnia śmierć. *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Maj 1895).

Niestety nie wykonano w tym przypadku sekcyi a wobec tego i twierdzenie autora, że śmierć nastąpiła skutkiem zastrzyknięcia surowicy, nie ma dostatecznego poparcia. (Przyp. sprawozdawcy). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

91. F. Klemperer i E. Levy: O surowicy swoistej w durze brzusznym (z pracowni kliniki lekarskiej w Sztrasburgu w Alzacyi). Lubo sprawa leczenia błonicy surowicą swoistą przedstawia się teraz korzystnie, to jednakowoż mimo rozpraw nad nią na kongresie monachijskim nie można i teraz wyrzec o niej żadnego zdania stanowczego, na które zapewne przyjdzie czekać jeszcze kilka lat. Dlatego nie ociągając się, należy próbować leczenia surowicą swoistą i innych chorób zakaźnych tem bardziej, że ze skutków leczenia błonicy surowicą swoistą nie można z góry nic przesadzać działania tego czynnika w innych chorobach zakaźnych. Gdy n. p. leczenie błonicy surowicą swoistą jest niewątpliwie skuteczne, nie widać pomyślnego działania tego środka w tężcu *(tetanus)*.

Dlatego w każdej chorobie zakaźnej trzeba osobno próbować surowicy swoistej.

Taką chorobą zakaźną, nadającą się do prób ze surowicą swoistą jest dur brzuszny, którego czynnik etyologiczny jest znany i który przychodzi do naszego leczenia jeszcze przed zupełnem rozwinięciem się, przeciwnie zupełnie jak tężec.

Jakoż w wielu miejscach próbowano seroterapii w durze brzusznym, doniesienie jednak naukowe mamy w tej mierze dopiero od Peipera, który oświadczył na tegorocznym kongresie dla medycyny wewnętrznej w Monachium, iż wraz z Beumerem immunizował owce przeciw laseczników durowym i z surowicą z nich otrzymaną robił próby na zwierzętach a miał je robić także i na ludziach, z czego atoli dotychczas jeszcze nie zdał sprawy.

W laboratoryum kliniki lekarskiej w Sztrasburgu już od trzech lat pracuje się nad uzyskaniem surowicy swoistej przeciw durowi brzusznemu. Ponieważ z powodu długiego trwania choroby potrzeba będzie w durze brzusznym nieraz wstrzykiwać płyn uodporniający a zatem w każdym przypadku potrzebować go w znacznej ilości, postanowiono użyć do doświadczeń zamiast surowicy mleka swoistego, które też bez trudności otrzymano z kozy. Pokazało się wprawdzie, że mleko działa o wiele (w przybliżeniu 10 razy) słabiej, spodziewano się jednak, iż ilością można będzie to sobie wynagrodzić.

W praktyce wystąpiły trudności użycia mleka swoistego; mleko to bowiem zadane przez żołądek, działało u człowieka bardzo słabo, nawet po zobojętnieniu kwaśnej treści żołądka, natomiast przekonano się, iż działanie mleka występuje rychło i dobrze po wprowadzeniu go do odbytnicy. Niestety tej drogi u chorych na dur brzuszny użyć nie można, ponieważ nie mogą oni, przynajmniej w przypadkach cięższych, zatrzymać w sobie lawatyw. Pozostały przeto oczywiście tylko wstrzykiwania podskórne, do których, rzecz prosta, nadaje się bez porównania lepiej surowica, niż mleko.

Wobec tego postanowili autorowie używać tylko surowicy a za przedmiot swych doświadczeń obrali psa, który ma znaczną, wrodzoną odporność przeciw laseczników durowym. Jakoż nawet 15 cm.[3] dwudniowej hodowli bulionowej właściwego lasecznika o średniej jadowitości wprawia małego psa w znaczną wprawdzie chorobę, jednakowoż go nie zabija.

Z doświadczeń tych okazało się, iż surowicą psią można zwierzęta immunizować przeciw laseczników durowym i leczyć skutecznie nawet w pewnym czasie po zakażeniu.

Ponieważ taka surowica, jak przekonali się autorowie na samych sobie, w dawce 5 cm.[3] nie wywiera żadnego działania trującego, przeto od niej rozpoczęli swe doświadczenia na chorych na dur brzuszny. Takich chorych mieli oni pięciu, z których każdy w trzech wieczorach z rzędu dostawał po 20 cm.[3], razem więc 60 cm.[3] surowicy rzeczonej. Chorzy znosili te wstrzykiwania bez żadnych dolegliwości, mianowicie nie było po nich ani zmian na skórze ani białkomoczu. Wszyscy chorzy znajdowali się w pierwszym tygodniu choroby, u wszystkich przebiegała choroba lekko, czego oczywiście nie można kłaść koniecznie na karb terapii. To tylko pewne, że wstrzykiwania rzeczone są całkiem nieszkodliwe i że choroby nie przerywają. Zdaje się, iż choroba pod wpływem wstrzykiwań przebiega lżej i prędzej, niż zwykle, ale pewność w tej mierze można mieć dopiero po doświadczeniach zbiorowemi siłami na wielkim materyale tak klinicznym i szpitalnym, jak i w praktyce prywatnej.

Autorowie spodziewają się, że surowica swoista skracać będzie i łagodzić przebieg duru brzusznego i widzą w tem słusznie oczywistą dla chorych korzyść. *(Berliner klinische Wochenschrift* 15. Lipca 1895).

92. Aufrecht: W sprawie leczenia zimnicy (ze szpitala w Magdeburgu). Autor nie myśli podawać nowych środków przeciw zimnicy, ale chce tylko zwrócić uwagę, że w uporczywych, przewlekłych przypadkach tej choroby można przez stosowną modyfikacyę dwóch leków oddawna znanych uzyskać wiele dogodności i większą pewność skutku.

Przedewszystkiem nie wolno zapominać o dawnym przepisie, żeby chininę zadawać na 3 do 4 godzin przed spodziewanym napadem. Najodpowiedniejszym przetworem jest wodochlorek chininy (*chininum muriaticum*) w dawce gramowej dla dorosłych. Po niepojawieniu się pierwszego od zadania chininy napadu bardzo dobrze jest zadać równą dawkę w odpowiednich godzinach trzech dni, na które stósownie do typu choroby przypadałyby napady. Chininę najlepiej zadawać w opłatku nie zaś w postaci tabliczek komprymowanych, które niekiedy bez zmiany opuszczają ustrój.

U dzieci w miejsce wodochlorku chininy najlepiej użyć obojętnego garbnikanu chininowego (*chininum tannicum neutrale*), niemającego żadnego smaku a wyrabianego przez aptekarza Rozsnyaya w Aradzie na Węgrzech. Ponieważ środek ten jest znacznie słabszy od wodochlorku chininy, przeto trzeba go użyć w dawce trzy razy większej, najlepiej w postaci płynu rozmąconego lub z powidełkami, marmeladą jabłczaną albo jaką gęstą potrawą.

W przypadkach nader uporczywych, którym samą chininą rady dać nie można, zaleca się bardzo kombinacya chininy z kwasem arsenawym (*acidum arsenicosum*) czyli arszenikiem białym według przepisu: Rp. *Acidi arsenicosi 0·30, chinini muriatici 5·00, pulv. radd. liquiritiae 4·00, succi li-*

quiritiae q. s. ut f. l. a. pill. centum. Consp. pulv. lycopodii. S. Trzy razy dziennie zażywać po 2 pigułki po jedzeniu.

Taką liczbę pigułek trzeba powtórzyć raz lub dwa razy.

W przypadkach z wielkiem obrzmieniem śledziony i znacznym upadkiem sił, zadaje autor po 0·60 wodochlorku chininy na 3 do 4 godzin przed spodziewanym napadem, dawkę tę powtarza w 6 dniach odpowiednich, nawet gdy napadu zimnicy nie ma a prócz tego zadaje wymienione pigułki po 2 razy dziennie. Po zaprzestaniu chininy wraca do 6 pigułek dziennie w sposób już podany. *(Therapeutische Monatshefte.* Lipiec 1895).

93. Groedel (w Nauheimie): O kąpielach w stwardnieniu tętnic, *arteriosclerosis* (z posiedzenia Towarzystwa balneologicznego w Berlinie od 7. do 11. Marca b. r.). Zazwyczaj unika się kąpieli w stwardnieniu tętnic z obawy o podwyższenie się ciśnienia krwi w naczyniach; pamiętać wszakże należy, że w kąpieli, której temperatura jest niższą od temperatury ciała, podniesienie się ciśnienia w naczyniach wnętrza wyrównywa się wkrótce przez ich rozszerzenie tembardziej, iż zmniejsza się skurczenie naczyń w skórze, osobliwie jeżeli w wodzie są sole i kwas węglowy. Podwyższenie ciśnienia krwi w naczyniach jest i mniejsze i nie następuje tak rychło, jeżeli w miejscach tkliwych zlewa się ciało wodą i zanurza je w wodę powoli lub używa półkąpiołek. Dla bezpieczeństwa dobrze jest dać na głowę zimne okłady lub worek z lodem.

Kąpiele o temperaturze wyższej od temperatury ciała są niebezpieczne; natomiast okazało doświadczenie, że kąpiele o temperaturze niższej od temperatury ciała nie przedstawiają w stwardnieniu tętnic żadnego niebezpieczeństwa, są w gośćcu, dnie (*arthritis*) i neurastenii skuteczne i wpływają korzystnie na objawy stwardnienia tętnic, nie lecząc go oczywiście, co szczególniej powiedzieć można o szczawach naturalnie ciepłych, chlorek sodu zawierających, jakie np. są w Nauheimie. Przeciwwskazane są kąpiele w czasie krótszym niż pół roku po atakach apoplektycznych skutkiem krwotoku lub zatoru, tudzież zakrzepie (*thrombosis*) tętnic mózgowych.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Kisch, że w wysokich stopniach stwardnienia tętnic w postaci przyspieszenia tętna i dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), najlepiej kąpieli nie używać, zrzec się zaś zupełnie kąpieli borowinowych i parowych, natomiast zalecić można picie wód mineralnych, zawierających mało kwasu węglowego. *(Ther. Monatshefte* Lipiec 1894).

94. Serrée: Woda chloroformowa *(aqua chloroformii).* Zdaniem autora najlepszy sposób przyrządzenia wody chloroformowej (używanej nieraz z pomyślnym skutkiem w chorobach żołądka, mianowicie wrzodzie jego okrągłym. Porówn. Nr. 1. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.) jest następujący: 1 część chloroformu kłóci się mocno z 200 częściami wody destylowanej w naczyniu do $^3/_4$ napełnionem 8 do 10 razy, za każdym razem przez trzy minuty i płyn w ten sposób otrzymany przechowuje się w naczyniach szczelnie zamkniętych i w miejscu chłodnem. Ponieważ chloroform rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:140, przeto utrzymuje się bez zmiany w roztworze sporządzonym podług powyższego przepisu. *(Pharm. Zeitung* 45. 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Lipca 1895 r.

— VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. W dniu 16. b. m. o 9. rano w sali wykładowej kliniki chirurgicznej rozpoczęły się czynności naukowe Zjazdu, w którym bierze udział liczne grono chirurgów miejscowych i zamiejscowych. Uniwersytet Jagielloński reprezentowali: rektor prof. Dr. Browicz, profesorowie: Domański, Gluziński, Jordan, Korczyński, Mars i Walentowicz; szpital św. Łazarza prof. Dr. Ponikło, korpus wojskowy lekarski grono lekarzy wojskowych z lekarzem sztabowym Drem Molitorem na czele.

Zjazd zagaił prof. Dr. Rydygier następującem przemówieniem:

Panowie! VII. Zjazd chirurgów polskich zagajam z większą otuchą, niż ostatnie. Rozpoczęta w tym roku budowa nowej kliniki chirurgicznej we Lwowie, daje nam pewność, że niebawem przybędzie nam nowe ognisko naukowej pracy chirurgicznej, które obok dziś już istniejących znakomicie przyczynić się musi do rozwoju chirurgii naszej a tem samem na korzyść wyjdzie naszym Zjazdom. Mam niepłonną nadzieję, że nowe to słońce nie tylko bezpośrednio prześle nam swoje promienie, ale zdoła poruszyć cały nowy system gwiazd, w coraz to szerszych kołach rozpalając ogień szczerego zamiłowania do pracy około wywyższenia nauki ojczystej.

Z pełną więc ufnością rozpoczynamy swoją pracę.

Niestety, po raz pierwszy na naszych Zjazdach wspomnieć muszę o stracie i to stracie ogromnej, jaką poniosła chirurgia polska a z nią i nasze Zjazdy. Władysław Matlakowski wprawdzie nigdy nie mógł być obecnym osobiście na naszych Zjazdach, ale nie mniej żywy i serdeczny brał w nich udział. Zasługi i zalety tego niezrównanego Kolegi są nam wszystkim żywo w pamięci i dlatego nie potrzebuję się obszernie nad niemi rozwodzić. Długi szereg prac jego nie tylko treści chirurgicznej mówi najdobitniej o jego niezwykłych zdolnościach, o jego talencie, o jego ogólnem wykształceniu. A cóż dopiero mówić o jego charakterze, lubującym się we wszystkiem, co piękne i wzniosłe. Cześć Jego pamięci! Panowie pozwolą, że w imieniu Zjazdu wyślę telegram kondolencyjny do zacnej jego żony. (Zgromadzenie uczciło pamięć zmarłego przez powstanie i uchwaliło jednomyślnie wysłać telegram kondolencyjny).

A teraz przystępujemy do załatwienia spraw administracyjnych. Naprzód musimy się załatwić z wyborami.

Przez aklamacyą został stałym przewodniczącym nadal profesor Dr. Rydygier, zastępcą jego również stałym prof. Dr. Obaliński, sekretarzem doc. Dr. Bossowski, podskarbim prof. Dr. Trzebicky.

Na honorowych przewodniczących powołano Drów Jasińskiego i Ziembickiego ze Lwowa.

Na posiedzeniu pierwszego dnia mieli wykłady:

1) Prof. Gluziński: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit. W dyskusyi zabierali głos: prof. Obaliński, Dr. Ziembicki i prelegent.

2) Prof. Rydygier: Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycięciu odźwiernika. W dyskusyi zabierali głos: Jasiński, Wehr, Barącz i prelegent.

3) Prof. Obaliński demonstrował i objaśniał preparaty tyczące się nowoczesnej chirurgii brzucha. W dyskusyi zabrali głos: Barącz, Jasiński, Szuman, Wehr, Rydygier i prelegent.

4) Tenże: Sposób powstawania i leczenie operacyjne torbieli trzustki. W dyskusyi zabrał głos Dr. Kryński.

5) Dr. Jasiński: Pięć przypadków laminektomii. W dyskusyi przemawiali: Ziembicki, Bossowski, Drobnik i prelegent.

6) Prof. Obaliński: O modyfikacyi postępowania operacyjnego podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu. W dyskusyi interpelował Dr. Gabryszewski.

7) Prof. Rydygier demonstrował nowsze narzędzia chirurgiczne.

Nastąpiła przerwa godzinna, poczem o godzinie 1. w południe rozpoczęto na nowo rozprawy:

8) Prof. Jordan: O wartości rozmaitych sposobów myomektomii. W dyskusyi zabierali głos: Ziembicki, Obaliński, Rosner, Szuman, Rydygier i prelegent.

9) Dr. Ziembicki: Dodatek do wykładu prof. Jordana.

10) Dr. Rosner mówił w sprawie zapobiegania wypocinom szypuł po wycięciu guzów brzusznych. W dyskusyi zabrali głos: Drobnik, Bogdanik i Rydygier.

11) Ostatni przemawiał Dr. Świtalski: O wywoływaniu sztucznego ropienia celem wyleczenia ropnicy. W dyskusyi zabrali głos: Gabryszewski i Drobnik.

O godzinie $4^1/_4$ po południu zamknął przewodniczący, prof. Rydygier obrady pierwszego dnia Zjazdu.

17. Lipca. Drugi dzień Zjazdu. Obrady poprzedziło zwiedzenie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, gdzie kierownik oddziału, prof. Obaliński już od godziny 7½ rano oprowadzał licznie zebranych uczestników, demonstrując interesujące przypadki i objaśniając według najnowszych wzorów i wymagań urządzone lokalności, jakoteż utensilia chirurgiczne.

O godzinie 9. przewodniczący otwarł posiedzenie w sali wykładowej kliniki chirurgicznej, oddając głos:

1) Prof. Bujwidowi, który demonstrował na ekranie za pomocą projekcyi preparaty z hodowli bakteryj błoniczych.

2) Dr. Stępiński opisał ośm przypadków trepanacyi czaszki. W dyskusyi zabierali głos: Jasiński i Drobnik.

3) Dr. Barącz mówił o antroattykotomii sposobem Stackiego i demonstrował odpowiednie preparaty i rysunki.

4) Dr. Jasiński wyłożył również rzecz o autrotykotomii popartą licznemi objaśnieniami na preparatach anatomicznych.

5) Prof. Obaliński przedstawił rekonwalescentkę ze swego oddziału, u której usunięto guz z jamy czaszkowej. W dyskusyi objaśnił prof. Browicz przyrodę i budowę anatomiczną wyciętego guza.

6) Dr. Bogdanik mówił o operacyach na woreczku żółciowym, przedstawiając równocześnie chorego po przebyciu takiej operacyi.

7) Dr. Ziembicki miał rzecz o cholecystektomii i poczynił uwagi nad septyczną formą kamicy żółciowej (*cholelithiasis*). W dyskusyi ożywionej nad sprawą leczenia chorób woreczka żółciowego zabierali głos: Gluzinski, Obaliński, Rydygier, Korczyński, Ziembicki i Cybulski.

8) Prof. Rydygier: W sprawie leczenia promienicy z demonstracyą chorego.

9) Dr. Barącz: Leczenie promienicy jodkiem potasu.

Po przerwie godzinnej o 1-szej po południu podjęto na nowo obrady:

10) Dr. Gabryszewski mówił o operacyach upiększających, przedstawiając rysunki zdjęte z chorych. W dyskusyi zabrali głos: Barącz, Jasiński i prelegent.

11) Docent Dr. Bossowski wyłożył rzecz o leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych u dzieci w pierwszych latach życia. W dyskusyi przemawiali: Schramm, Drobnik, Szuman, Skowroński, Obaliński, Bogdanik, Gabryszewski i prelegent.

12) Dr. Kryński: O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego, z demonstracyą chorego. W dyskusyi zabrał głos: Obaliński.

13) Dr. Skowroński: Przedstawienie chorego z rzadkiem cierpieniem skóry.

14) Dr. Kryński przedstawił chorą z zapaleniem ropnem w tylnym przestworze śródpiersiowym po dokonaniu operacyi. W dyskusyi zabierali głos Rydygier i Ziembicki.

15) Dr. Krasowski przedstawił chorego po operacyi nowotworu złośliwego na kończynie górnej.

16) Dr. Drobnik przytoczył dalsze doświadczenia swoje nad rozdzieleniem i przeniesieniem czynności mięśni w porażeniach dziecięcych.

17) Dr. Kozłowski mówił o biodrze koszlawem, przedstawiając chorych dotkniętych tem cierpieniem.

18) Prof. Trzebicky: O zastosowaniu jodku skrobi w chirurgii.

19) Dr. Kozłowski: O wyjałowieniu katgutu podług Repina, z demonstracyami.

20) Dr. Wehr: O formaldehidzie, z demonstracyą. W dyskusyi przemawiał Kozłowski.

21) Prof. Rydygier przedstawił znaczną liczbę chorych z gruźlicą stawów leczonych metodą zachowawczą i operacyjną.

O godzinie 4-tej po wyczerpaniu porządku zamknął przewodniczący rozprawy i dziękując uczestnikom za liczne przybycie, żywe i interesujące wykłady, pożegnał ich życzeniem zobaczenia się wzajemnego w roku przyszłym.

— Wieczorem 17. b. m. odbyła się w pięknym apartamencie Grand hotelu na cześć prof. Rydygiera, jako inicyatora i stałego przewodniczącego Zjazdów chirurgów polskich uczta dana przez członków Zjazdu, na której przemówienia świadczyły dobitnie tak o szacunku, którym się cieszy profesor Rydygier, jak i o koleżeństwie, które łączy ze sobą chirurgów.

— Coraz większą zmianę na lepsze dobrych już i tak stosunków higienicznych i demograficznych wykazuje datami statystycznemi Szwajcarya. I tak gdy w roku 1890. zawarto w tym kraju małżeństw 20.836, urodziło się 81.620, umarło 61.805, na 1000 mieszkańców zawarło małżeństw 7·09, urodziło się 27·78, umarło 21·04, na 100 zmarłych uległo gruźlicy 13·8, doszły stopniowo do roku 1894. odpowiednie po kolei daty do 22.573, 84.478, 60.711, 7·32, 29·05, 20·50 i 12·8. Powiększyła się jedynie śmiertelność z błonicy; gdy bowiem w roku 1890. na 100 przypadków śmierci przypadło z błonicy 1·6, było ich w tym samym stosunku w 1894. roku 3·2, zatem dokładnie dwa razy więcej. Ludność wynosząca 2,938.009 w roku 1890. doszła w roku 1894. do 2,986.848. Powiększenie się śmiertelności z błonicy, które zresztą wyrównane a nawet przewyższone jest przez zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy, wykazują w ostatnich latach także i inne państwa, mianowicie Anglia a w niej Londyn.

— Austryackie ministerstwo handlu oświadczyło na wniesioną do siebie w tej mierze prośbę, iż kości wolno przesyłać koleją żelazną tylko w osobnem, szczelnem zapakowaniu, nie wolno zaś ich przesyłać luźnie, nawet w umyślnie w tym celu zbudowanych wagonach szczelnych.

— Według dat opartych na obserwacyach meteorologicznych w latach 1886 do 1890. średnia roczna temperatura Kairu wynosiła 21·28°, przyczem najwyższa temperatura doszła dnia 13. Czerwca 1886 do 47·89°, najniższa zaś była 1. Stycznia 1890. i wynosiła 0·9°. Dni dżdżystych było w roku średnio 24 a średni opad roczny 30 milimetrów (w Krakowie 634 mm.). W Aleksandryi była temperatura średnia roczna 20·28°, najwyższa 10. Maja 1889. roku 38·11, najniższa 22. Stycznia 1889. roku 6·61, średnia liczba dni dżdżystych 40, średni roczny opad atmosferyczny 208 milimetrów.

Wypada ztąd, że między temi dwoma miastami zachodzi znaczna różnica pod względem klimatycznym. Kair jest od Aleksandryi gorętszy w lecie a zimniejszy w zimie i w ogólności od niej suchszy.

— Według wykazów urzędowych było uczniów medycyny w 117 uniwersytetach Stanów Zjednoczonych i Kanady w 1892 roku 18345, w 1893 roku 18500, w 1894 roku 20800 na ludność 70 milionową. Jeden uczeń wydziału lekarskiego przypada w Wielkiej Brytanii na 5286, we Francyi na 7776 a w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie na 3365 mieszkańców.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 28. Z. Kramsztyk: Odcinek siatkówki zachowujący swą czynność przy zupełnym zatorze głównego pnia tętnicy środkowej. E. Flatau: Nauka o neuronach (dok.). A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. — W *Medycynie* Nrze 28. S. Orłowski: Przypadek padaczki częściowej ciągłej (dok.). L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Lipca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie nadzwyczajne w sprawie słownika lekarskiego, poczem kol. prof. Walentowicz przedstawi okazy patologiczne i hodowle zarazy świń.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

SZCZAWNICA

Zakłady zdrojowo-kąpielowe i klimatyczne

w Starostwie Nowotarskiem.

Najsilniejsze **szczawy** sodowo słone i żelaziste, skuteczne w przewlekłych katarach **płuc** i przewodu pokarmowego a usposobiających do **suchot**, w rozedmie płuc, w chorobach narządów moczopłciowych, ośrodków nerwowych, niedokrewności i t. p. z pomocnemi środkami

Pensyonatem przy zakładzie wodoleczniczym u Dra Kołączkowskiego na Miedziusiu; kąpielami mineralnemi, kydryatycznemi i rzecznemi; **zakładem inhalacyjnym**, kuracyą mleczną, żętyczną i kefirową.

W obu zakładach urządzenia dogodne, postępowe.

Dojazd do stacyi **Stary Sącz.**

Dr. **W. Ściborowski** lekarz zakładowy i 6 zdrojowych lekarzy udzielają pomocy od 20. Maja do 30. Września.

Zamówienia na mieszkania i t. p. załatwiają 78—7—7

Zarządy zakładu „Górnego“ i na „Miedziusiu“.

SZCZAWNICA „Miedziuś“.

Przy zakładzie hidropatycznym zaprowadzonym został

PENSYONAT

z komfortem urządzony. — **Kuchnia smaczna, wodociągi, telefony, oświetlenie elektryczne** i t. p. — Opłata od 3 złr. 50 ct. na dobę od osoby za wszystko.

118—12—10 ***Dr. Kołączkowski**, właściciel i kierownik.*

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra CHRAMCA

w Zakopanem w Tatrach polskich

otwarty cały rok.

Za 4 złr. dziennie dla jednej osoby pokój kompletnie urządzony z pościelą, bardzo dobry wikt, kąpiele, leczenie, usługa, słowem wszystko.

100—12—12

NOWO URZĄDZONY

Zakład wodoleczniczy i pensyonat

„KISELKA“

WE LWOWIE 136—5—5

otwarty z dniem 1. Lipca b. r.

Dr. Edmund Kowalski

b. kierownik Zakładu wodoleczniczego w Jaworzu na Szląsku.

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum

Dra A. MAJEWSKIEGO

we Lwowie

przyjmuje chorych z zupełnem zaopatrzeniem i dochodzących do kuracyi.

Pensyonat dla leczących się u pp. specyalistów. 89—x—12

Preparat jodowy z szeregu chinoliny Wprowadzony do praktyki chirurgicznej i polecony przez prof. Dra Schinzingera w miejsce jodoformu. **Bez zapachu, nie trujący i nie drażniący.**

66-ty Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy w Norymberdze 1893.

Próbki i literatura na żądanie przesyła się darmo.

Loretin
patentirt
(Prof. Dr. Claus)

Jako opatrunek proszkowy w ropiejących ranach, wrzodach, oparzeniach i t. d.

Kolodyum loretynowe, jako opatrunek okrywający przy wszelkich ranach operacyjnych.

Gaza loretynowa jako tamponada przy ranach jam.

Jedyni fabrykanci: **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning, Höchst am Main.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 27. Lipca 1895 r. Nr. 30.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 188.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 187, Clinton and 184, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego.

Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych a w szczególności w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż,

I. elew tejże kliniki.

Badanie krwi całkiem słusznie zajęło w ostatnich czasach jedno z pierwszych miejsc. Krew, to jeden z tych ważnych składników ludzkiego ustroju, w którym odzwierciedlają się zmiany nietylko do tego ważnego składnika jako takiego się odnoszące, ale również zmiany i schorzenia innych narządów ludzkiego ustroju we krwi niezawodnie odbić się muszą, choć jeszcze dzisiaj nie jesteśmy w stanie skutkiem małej znajomości histologii krwi i niedostatecznej statystyki osądzić na podstawie samego tylko badania krwi schorzenia innych narządów. Spostrzeżenia jednak postępują dalej, dzięki też czemu coraz więcej wkradamy się w owe tajniki we krwi tkwiące, rozpoznajemy histologię krwi a dzięki metodom barwienia przez Ehrlicha najpierw wskazanym i wrażliwości, jaką ciałka białe względem barwików stosownie do sprawy chorobowej i różnej ich natury chemicznej okazują, coraz więcej przyczyniamy się do łatwiejszego rozpoznawania, rokowania a, co za tem idzie, i leczenia niektórych chorób.

Że jednak zadaniu temu, jak wyżej wspomniałem, odpowiedzieć mogą tylko bardzo liczne pod względem jakości i ilości krwi dokonane badania, idąc w ślad za licznemi w ostatnich czasach publikacyami, postanowiłem, mając kilka przypadków duru brzusznego, zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowych, zapalenia śródsierdzia itd. do dyspozycyi łaskawie mi przez prof. Dra Korczyńskiego oddanych, wyniki swych badań krwi w krótkości zestawić, by powiększyły liczbę dotychczas ogłoszonych, a to tembardziej, że poniżej przytoczone przypadki pozwalają, by osobliwie co do duru brzusznego wysnuć z nich wnioski rozpoznawcze i prognostyczne.

Zanim jednak przystąpię do omówienia samych przypadków, wspomnieć pokrótce muszę, jakich metod w badaniu krwi się trzymałem:

W obliczaniu ilości ciałek czerwonych jakoteż i białych, używałem przyrządów Thoma-Zeissa, używając jako płynu konserwującego dla pierwszych płynu Hayema, dla drugich $^1/_4$% kwasu octowego z małym dodatkiem fioletu goryczkowego (*Gentiana-Violet*).

Dla oznaczenia hemoglobiny używam przyrządu Fleischla, dającego dość dokładne wyniki z tą tylko różnicą, że zgodnie z Limbeckiem (*die Pathologie des Blutes*) nowe przyrządy dają daleko większe wartości, aniżeli starsze, o czem przy badaniach pamiętać należy i używać tylko jednego lub drugiego przyrządu.

Co się tyczy leukocytów, to trzymałem się podziału Kleina (*Kilka słów o badaniu klinicznem krwi*) nadmieniając, że nie uwzględniałem jednak jego ciałek pochodzenia niewiadomego a noszących nazwę „cieni" a tylko cienie neutrofilne i eozynofilne, które, zdaje się, są tworami nie wytworzonymi sztucznie, ale już w samej krwi się znajdującymi.

Krew otrzymywałem w ten sposób, że po oczyszczeniu palca za pomocą wyskoku i eteru, nakłówałem go odpowiednio cienkim trójgrańcem, wypuszczałem pierwszą kroplę a dopiero drugą kroplę krwi brałem na szkiełko podmiotowe, bardzo starannie oczyszczone, przykrywając lekko szkiełkiem nakrywkowem, tak by ustrzec składniki krwi od zmian ucisku szkiełka. Dla ustrzeżenia od wyschnięcia oblepiałem cały preparat szczelnie, do czego bardzo dobrze nadają się zwyczajne zapałki woskowe. Tak otrzymany preparat krwi

świeżej, oglądany pod drobnowidem (Reichert imersya 1: 12 okular 4), dawał mi pojęcie ogólne o jakości składników krwi i ich stosunku.

Dalszą kroplę, wziętą ostrożnie na szkiełko małe rozcierałem przy pomocy szkiełka drugiego równo po obydwóch, wstawiałem do pieczyka, w którym powoli podnosiłem ciepłotę do 120°, poczem płomień zagaszałem, zostawiając preparaty, aż ciepłota obniży się do 100°. W ten sposób postępując otrzymywałem krew zasuszoną nadającą się do dalszego barwienia.

Sposobu ustalenia za pomocą alkoholu i eteru przez Nikoforoffa zalecanego zaniechałem (pozostawiając go tylko do badania pod względem obecności plasmodyów zimniczych), gdyż ziarnina neutrofilna często stawała się niewyraźną a nawet zupełnie znikała.

Do barwienia preparatów używałem, słusznie przez Neussera sokiem zwanego, barwika Ehrlicha *(Triacid-Losung)* uwydatniającego bardzo wyraźnie budowę i rodzaje ciałek białych.

Ilość leukocytów normalną, jak tego doświadczenia na zdrowych osobach stwierdzają, przyjmowałem między 6000 do 9000 w milim. sześc., uważając również jeszcze za stosunki prawidłowe, gdy granica w jednym lub drugim względzie przenosiła 1000.

Co do stosunku ilościowego różnych postaci leukocytów, to rozmaite u różnych autorów znajdujemy liczby. Przytoczę tylko ważniejsze jak Eichhorna, ucznia Ehrlicha: *(Über das Verhalten der Lymphocyten zu dem weissen Bluttzellen)*, według którego we krwi zdrowego człowieka mamy 64% wielojądrzastych limfocytów, 28% jednojądrzastych, 6% eozynofilnych, 1% przejściowych. Löwit podaje 20% jednojądrzastych, innych zaś na 80%; Klein wielojądrzaste neutrofilne na 66%, jednojądrzaste małe 24%, jednojądrzaste duże 3%, przejściowe 5%, eozynowe $1^1/_2$%; Rieder ma 72% wielojądrzastych, 28% jednojądrzastych. Moje doświadczenia na 15-tu zdrowych osobach wykazały cyfry następujące: neutrofilnych 65%, limfocytów małych 25%, limfocytów dużych 3%, eozynofilnych 2%, przejściowych 2%. Z tego wypada 71% wielojądrzastych, 29% jednojądrzastych.

Tego też ostatniego stosunku trzymałem się w swoich badaniach i z nim porównywałem wszystkie dane inne, nadmieniając, że przy obliczaniu takiem liczyłem najmniej 600 ciałek białych i z tej dopiero sumy znajdywałem odpowiedni procent, chcąc w ten sposób uniknąć choćby najmniejszych błędów.

Zbierałem krew zawsze rano przed spożyciem przez chorego śniadania, lub o jednakowej porze dnia, uważając, by chory nie spożył większej ilości pokarmów.

Tyle co do samej techniki.

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko i wiek chorego	Dzień badania	Ciepłota ciała	Ilość erytrocytów w 1 mm.³	Ilość leukocytów w 1 mm.³	% hemoglobiny	% neutrofilnych	% limfocytów małych	% limfocytów dużych	% przejściowych	% eozynofilnych	% wielojądrzastych	Rozpoznanie i uwagi
1.	B. M., lat 21. mężczyzna	13. Stycznia	40·4	4500000	3500	75	72	21	2·5	4·0	—	—	Dur brzuszny, 8. dzień, przebieg ciężki i długi. Wyzdrowienie.
		20. Stycznia	40·5	4000000	4262	—	70	25	1·7	3·2	—	—	
2.	Z. S., lat 19., mężczyzna	7. Kwietnia	39·8	—	9384	—	—	—	—	—	—	—	*Typhus abdom., pneumon. lobular., nephritis.*
		8. Kwietnia	38·8	4800000	15000	60	—	—	—	—	—	—	Powikłanie stwierdzono dnia 8. Kwietnia.
		9. Kwietnia	36·7	4500000	14000	65	50	37	9	3·5	—	—	*Mors.* Początek choroby 30. Marca.
3.	S. J., lat 17., mężczyzna	4. Kwietnia	40·8	4120000	6000	70	87	9	3	0·5	—	82	Dur brzuszny nie powikłany. Przez cały czas
		5. Kwietnia	40·8	3600000	7000	—	—	—	—	—	—	—	choroby a nawet kilka dni
		6. Kwietnia	40·2	—	6500	68	70	14	7	6	—	75	po ustąpieniu gorączki bardzo liczne cienie neutrofilne.
		8. Kwietnia	40·1	4000000	7000	65	67	17	3	2	—	65·5	
		9. Kwietnia	40·1	3500000	7000	65	67	12	9	2	—	—	9. Kwietnia wykazano prątki Ebertha w moczu.
		10. Kwietnia	40·3	3500000	7639	64	64	24	8	3	—	70	
		12. Kwietnia	40·2	3360000	5285	65	—	—	—	—	—	—	
		13. Kwietnia	39·2	—	4000	62	65	27	0·5	1·5	—	60	Krwotok kiszkowy.
		14. Kwietnia	38·7	3860000	7500	—	—	—	—	—	—	—	Myelocyty od czasu do czasu się pojawiają w nadzwyczaj skąpej ilości.
		15. Kwietnia	38·1	—	7960	—	—	—	—	—	—	—	
		16. Kwietnia	38·4	4000000	8000	60	78	20	1	0·6	—	40	
		17. Kwietnia	38·6	—	4950	—	—	—	—	—	—	—	
		18. Kwietnia	38·4	3500000	5000	60	76	23	0·5	1·6	—	—	Stan groźny.
		19. Kwietnia	38·9	—	5390	—	—	—	—	—	—	—	
		20. Kwietnia	39·3	3160000	7500	58	90	7·5	1·5	0·5	—	50	
		21. Kwietnia	39·3	—	5464	—	66	30	3	0·5	—	20	
		22. Kwietnia	39·4	3800000	4218	62	—	—	—	—	—	—	
		23. Kwietnia	39·4	3865000	3406	58	58	29	3	3	—	39	
		24. Kwietnia	40·0	3560000	3000	55	—	—	—	—	—	—	
		26. Kwietnia	39·5	3600000	4500	60	63	30	2·6	4	—	28	
		28. Kwietnia	39·8	3800000	4998	62	59	30·8	4·8	5·8	—	23	
		30. Kwietnia	39·6	3560000	2729	58	45	39	5·3	6·5	—	21	
		2. Maja	39·7	3000000	4688	56	35·5	50	7·3	3·2	—	35	

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko i wiek chorego	Dzień badania	Ciepłota ciała	Ilość erytrocytów w 1 mm.³	Ilość leukocytów w 1 mm.³	% hemoglobiny	% neutrofilnych	% limfocytów małych	% limfocytów dużych	% przejściowych	% eozynofilnych	% wielojądrzastych	Rozpoznanie i uwagi
		4. Maja	39·9	3120000	4250	55	39.4	50	5	5	—	37	
		6. Maja	39·1	3260000	4570	55	40	43·9	8·5	2·3	—	36	Polepszenie.
		8. Maja	37·7	3249600	5698	52	38·6	45·3	9·6	1·6	2·33	38	
		10 Maja	37·2	[illegible]	5000	50	36.2	48	6·8	2·5	2·5	32	
		12. Maja	—	[illegible]	5310	50	32·4	55·6	2	3·5	2·5	31	
		14. Maja	—	3500000	7400	60	39·2	50·6	5·3	4	0·5	34	
		17. Maja	—	3000000	8000	55	46	50	5	6	2	48	
		19. Maja	—	2800000	9500	55	47	46	3	2	2	49	
		23. Maja	—	3000000	6000	60	55	37·6	2	1·5	3·16	54	Stan zupełnie dobry, chory nieznacznie tylko osłabiony.
		28. Maja	—	3500000	7000	65	57	34·2	3·5	4	1	56	
		31. Maja	—	3500000	7500	60	62	30·1	3·5	3·5	2	65	
		4. Czerwca	—	4000000	7500	65	66	25	3·0	4·00	2	69	
		17. Czerwca	—	4200000	7862	70	64	24	5	1·5	2·5	70	Zdrów opuszcza klinikę.
4.	B. S., lat 19., kobieta	27. Maja	—	5500000	1998	85	86·8	1·6	1·6	10·0	—	48	Dur brzuszny. Przez cały czas bardzo liczne ciałka neutrofilne, krwotok obfity jelitowy i nosowy, objawy mózgowe bardzo znacznego nasilenia.
		28. Maja	—	4800000	2729	80	79·6	16·3	2	2	—	40	
		30. Maja	—	4500000	6000	70	88	10	1	1	—	60	
		31. Maja	—	4300000	12000	75	87	10	2	1	—	70	
		1. Czerwca	—	4500000	16000	80	89	8	2	1	—	79	*Mors.*
5	B. S., lat 14., kobieta	27. Maja	39·6	4800000	4000	80	65	32·5	1·5	1	—	45	Dur brzuszny z przebiegiem nietypowym poronnym. Z początku liczne ciałka neutrofilne.
		28. Maja	40	4000000	6250	80	80	12·7	4·7	2·5	—	72	
		30. Maja	39·9	4200000	5313	80	66	14·3	2·5	1·3	—	64	
		1. Czerwca	39·7	5000000	7828	85	88·8	8·3	1·6	1	0·1	80	
		3. Czerwca	39·3	4500000	7000	70	82·9	12	3·7	2·0	—	81	
		5. Czerwca	39·7	4500000	7187	60	68·4	22	0·8	2·8	—	65	
		6. Czerwca	38·7	4000000	6250	60	66·2	24	7·8	1·5	0·2	63	
		7. Czerwca	38.9	4400000	4275	58	67·6	25	5·6	1·3	0·5	60	
		9. Czerwca	38·4	—	6250	65	69·3	26·3	2	2	0·3	69	
		11. Czerwca	36·7	5000000	5854	65	81·32	11·32	2·00	3·22	2	81	
		13. Czerwca	—	5300000	6725	70	80	12·8	2·2	3·0	2	80	
		15 Czerwca	—	5000000	6200	70	66	27	2	4	1	66	
		17. Czerwca	—	4800000	7500	65	63	29	2·5	3·5	2	65	
		19. Czerwca	—	4500000	7200	65	65	28	2	4	1	68	
6	M. J., lat 30., mężczyzna		38·3	5500000	13600	90	93	5	1·5	1·5	—	93	*Pneumonia crouposa.*
			37·6	5000000	12800	85	80	15	2	1	2	82	Po przełamie gorączki.
7.	K. J., lat 30., kobieta	5. dzień	40·0	4800000	18045	60	83	17	—	—	—	83	*Pneumonia bilateral. post influenz. asthenica in ind. c. indur. apicum., tum. hepatis.*
		7. dzień	38·8	5260000	10042	75·2	18·6	3·2	[illegible]	1·5	—	—	
		11. dzień	37·8	3500000	8292	75	84·35	14·35	[illegible]	1·0	—	—	
8.	H. J., lat 18., mężczyzna		40·6	4400000	14000	65	96	3	0·35	0·36	—	96	*Pneumonia crouposa bilateralis.*
			39·6	4200000	9000	65	87	10·[illegible]	0·5	1·3	0·87	88	
9.	G. K., lat 25., kobieta		39·4	5000000	7141	80	65	26	5	—	2	—	*Endocarditis acuta subsequente insuff. et stenosi ostii venos. sinistr.*
			38·5	4200000	11022	75	40	25	11	5	10	—	
10.	B. M., lat 31., kobieta	6. dzień	39·5	4400000	18132	80	97	1·4	0·6	1	—	97	*Diphtheria.*
		7. dzień	39·0	4500000	18240	70	92	5·3	1	1·7	—	—	
11.	M. mężczyzna	1. dzień	38·4	4600000	12400	—	91	12	1·3	3	—	91	*Diphtheria.*
		3. dzień	36·4	4500000	160000	—	85	5	2	1	—	85	
12.	S. K., lat 25., kobieta		39.4	3560000	5400	40	54	44	2	—	—	—	*Tuberculosis pulmonum florida.*
13.	S. A., lat 20., kobieta	22. Maja	39·6	4500000	18000	80	95·5	3·16	0·5	0·62	0·20	96	*Meningitis cerebro-spinalis epidemica.*
		25. Maja	40·3	4000000	12500	70	37	11·6	1·5	0·6	0·6	86	
		5. Czerwca	38·7	4000000	16625	55	91·3	7·1	0·6	0·8	—	93	

(Dokończenie nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski.

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

W Zakładzie medycyny sądowej w Kwietniu b. r. sekcyonowałem zwłoki służącej, zmarłej nagle na ulicy. Znalazłem również krwotok podoponowy, tętniaka jednak mimo dokładnego szukania a nawet zmacerowania mózgu nie wykryłem. Hofmann w swej pracy opisał przypadek pęknięcia tętniaka naczynia u podstawy mózgu u cyklisty jadącego na rowerze. Nie zawsze jednak krwotoki podoponowe występować mogą na tle wymienionem. We Wiedniu spotkałem się z przypadkiem u chłopca 19-letniego, który podczas ćwiczeń gimnastycznych nagle ducha wyzionął. Hofmann znalazł przy sekcyi krwotok podoponowy, ale na tle pęknięcia naczynia żylnego opony miękkiej półkuli lewej z wierzchu. Nadzwyczaj często spotykałem się z krwotokami na tle *pachymeningitis haemorrhagica interna*, gdzie jak wiadomo, naczynia w błonach są do tego stopnia kruche, iż nieraz nieznaczny bodziec wystarczał do sprowadzenia pękniecia tychże naczyń. A ileż to razy znajduje się krwotoki mózgowe na tle pęknięć tętniaków prosówkowych, opisanych przez Charcota i Eichlera, tylko na tle miażdżycy powstałych. Nieraz, gdy aorta dotknięta jest miażdżycą wysokiego stopnia, przychodzi do odrywania się blaszek zwapniałych o ostrych brzegach, które następnie zaniesione prądem krwi do nader wąskich tętnic mózgowych są przyczyną nie zatoru, ale naddarcia ściany, która następnie bardzo łatwo ulega pęknięciu. Z podobnymi przypadkami spotykamy się w mózgu przy zatorach zakaźnych na tle duru lub zapalenia śródsierdzia, przy czem zazwyczaj ropienie jest przyczyną przeżarcia ściany tętniczki mózgowej. Nie mówię już o pęknięciach tętnic na tle złamań lub pęknięć czaszki z powodu urazów, gdyż te przypadki są częste.

U noworodków widzimy bardzo często wielkie wynaczynienia albo pod powłokami czaszki albo też między oponą twardą a sklepieniem czaszki, które nieraz dają powód do nagłego zejścia. Runge tłómaczy, że wynaczynienia pochodzą: 1) z nadmiernej kruchości naczyń, jaką noworodki szczególniej się odznaczają, powtóre zależą od luźnego przyczepienia *pericranium* do kości czaszkowych, wreszcie zależą od przekrwienia wywołanego sprawą porodową całej czaszki przy przesuwaniu się jej przez miednicę. W razie, gdy rozwiązanie odbyło się przy pomocy operacyi, nie wyklucza wcale możności powstania ich na tle urazu. Nieraz krwiaki takie u dzieci są wywołane hemofilią, kiłą lub też zwyrodnieniem tłuszczowem, w takich jednak przypadkach znajdujemy je podobnie i w innych organach. Dowodem tego są przypadki opisane przez Heckera, Buhla [1]) i Mayera, z których ostatni znachodził je nawet u płodów niedonoszonych i zmacerowanych. Bednar [2]) sądzi, że krwiaki, o których mowa, są tylko następstwem rozwiązania a popiera swoje mniemanie tem, że one jawią się zwykle w pierwszych dniach po porodzie. Spielberg i Mertens [3]) upatrują przyczynę w asfiksyi płodów; Fritsch [4]) zaś przypisuje to utrudnieniu porodu, podczas którego, gdy przypadkowo następuje cofnięcie się główki, części miękkie czaszki, przytrzymywane przez części ujścia zewnętrznego lub pochwy, zostając w położeniu tem samem, co poprzednio, muszą sprowadzić odluźnienie powłok czaszkowych od sklepienia, za czem idzie przedarcie naczyń, które podczas porodu uciśnięte nie broczą, co dopiero rozwija się po porodzie.

Najczęściej po krwotokach mózgowych śmierć następuje nader szybko. Znane są jednakowoż przypadki, gdzie mimo znacznego krwotoku śmierć następuje później. I tak Maschka (*Vierteljahr für Ger. Medicin. 1884*) opisał ciekawy przypadek tyczący się pijaka, który w stanie podchmielonym wracając do domu, wpadł głową do murowanego dołu. Przy pomocy wydobył się ztamtąd i poszedł do domu, gdzie dopiero po kilku godzinach życie zakończył. Przy sekcyi znaleziono pęknięcie siodła tureckiego i rozległy krwotok podoponowy. Jeannes (*Montpellier méd. 1885*) opisał przypadek u mężczyzny, którego o godz. 6-ej wieczorem uderzono kamieniem w skroń. Człowiek ten zupełnie nie stracił przytomności, powrócił do domu, wieczorem nawet był w teatrze, zkąd przyszedłszy do domu dopiero uczuł się słabym i o godz. 2-ej w nocy życie zakończył. Przy sekcyi znaleziono pęknięcie kości skroniowej lewej i pęknięcie *arteriae meningeae mediae* z następowym krwotokiem rozległym.

Hofmann w *Lehrbuch f. ger. Med. 1895.* podaje przypadek kobiety, która otrzymała uderzenie w głowę od swego męża. W pierwszej chwili straciła przytomność, później jednak przyszła do siebie, zajęła się nawet wieczerzą a umarła dopiero nad ranem. Sekcya wykazała pęknięcie kości potylicznej bez krwotoku. W Styczniu b. r. sam sekcyonowałem zwłoki mężczyzny, który wieczorem uderzony został kołem. Przewrócił się, co prawda, szybko jednak zerwał się do ucieczki, doszedł szczęśliwie do domu a umarł dopiero nazajutrz. Przy sekcyi znalazłem pęknięcie sklepienia czaszki i rozległy krwotok między czaszką a oponą twardą po stronie prawej. Mózg w tem miejscu był znacznie uciśniony. Bardzo często krwotokom mózgowym po urazie towarzyszą krwotoki uszne. Nie tylko jednak krwotoki mózgowe mają tak wielkie znaczenie; i inne też są powodem zejścia śmiertelnego, n. p. krwotoki płucne, które tak dobrze mogą być następstwem urazu, jak i spraw patologicznych, toczących się w ustroju. Suchotnicy kończą najczęściej krwotokami płucnemi, wywołanemi przeżarciem ścian naczyniowych przez sprawę gruźliczą. W chorobach z dyatezą krwotoczną nieraz krwotoki płucne są przyczyną nagłego zejścia. Nierzadko nawet gruczoły, dotknięte pylicą, usadowione między tętnicą a oskrzelem przez rozmiękanie wywołują drożność między naczyniem a oskrzelem i są pośrednio przyczyną nagłych krwotoków zalewających płuca. A ileż to razy na tle zabiegów operacyjnych w krtani, n. p. tracheotomii w ospie z powodu zajęcia błony śluzowej krtani, przychodzi do zakrwawienia i uduszenia krwią dostającą się do płuc. Pęknięcie tętniaków w klatce piersiowej do płuc sprowadza zawsze śmierć nagłą nietylko z uduszenia, ale i niedokrwności. Pęknięcia czy to serca, czy aorty może być nie tylko wywołane

[1]) Hecker u. Buhl: Klinik d. Geburtskunde. Lipsk 1861.
[2]) Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1851.

[3]) Mertens: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Tom 24. 1892.
[4]) Fritsch: Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875.

przez tętniaki, ale może też pochodzić i z innych przyczyn. Sam sekcyonowałem dwa przypadki pęknięcia serca samoistnego podczas porodu. W jednym i drugim przypadku serce było przerosłe i stłuszczałe. Również widziałem przypadek oderwania prawie zupełnego serca od naczyń po przejechaniu. A ileż to razy spotykamy się przy sekcyach policyjnych z krwotokami w osierdziu po ranach postrzałowych serca. Nieraz pęknięcie serca następuje w przebiegu sprawy patologicznej, toczącej się w mięśniu sercowym a przypadki takie na tle zwyrodnienia mięśnia sercowego, nowotworów lub też pasorzytów nie należą wcale do rzadkości. Brouardel opisał przypadek pęknięcia serca u chłopca na tle myomalacyi i *endocarditis ulcerosa* z powodu upadku na ziemię. Według Schustera, który opisał 82 przypadki podobne, nastąpiła śmierć w 24 przypadkach natychmiast, w 29 po kilku minutach.

Achalme (*Rupture du coeur* 1891) opisał przypadek pęknięcia serca przy zarośnięciu całkowitem przedniej tętnicy wieńcowej a Martin, Durr, Salguet, Oliver, Ronstner opisują bardzo wiele przypadków pęknięcia serca na tle miażdżycy tętnic wieńcowych lub innych spraw patologicznych. Ciekawymi są przypadki Caspra i Hofmanna, którzy opisali przypadki, w których przez zgniecenie płytami wagonów przyszło do pęknięcia zupełnego klatki piersiowej, przyczem serce na kilka kroków z klatki odrzucone zostało. Wachholz w pracy O śmierci nagłej 1893 zestawił 9 przypadków pęknięcia aorty lub jej tęstniaków a bardzo ciekawym jest przypadek przez niego opisany, tyczący się robotnika zmarłego nagle podczas noszenia lodu do piwnicy, u którego znalazł wielokrotne tętniaki, należące do rzadkości, o których w ostatnich latach nadmienia Aubry i Marfan (*Aneurysmes multiples de l'aorte chez un syphilitique* r. d. 1886) i Murray (*Schmidts Jahrbuch.* 1892). Nieraz nie sprawy toczące się w sercu lub w naczyniach wywołują ich pęknięcie, ale sprawy chorobowe sąsiednich organów. Altmann (*Ueber Perforation der Aorta thor. v. Oesoph. Virchors Archiv* 1882) opisał przypadek pęknięcia aorty w skutek połknięcia kości, która sprowadziła naprzód owrzodzenie i ropienie gardziela a następnie przebicie jego. Pęknięcia aorty zdarzyć się mogą na tle cienkości i wiotkości ścian, (na co zwrócił uwagę Mauchot (*Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen Virchows Archiv* 1892) lub też przy rozpoczynających się tętniakach z przyczyny pękania włókien elastycznych w skutek zwyrodnienia warstwy środkowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Co się tyczy zmian w tkance międzygruczołowej, to w przypadkach, w których mamy zanik błony śluzowej, znajdują się komórki małe okrągłe, lub krótkowrzecionowate a naczyń jest bardzo mało. Te zmiany znajdują się u kobiet w wieku przejściowym, albo później, ale też i u kobiet młodszych, jako objaw wyniszczenia i zmian w odżywieniu organizmu.

W daleko większej liczbie przypadków błona śluzowa jest grubsza a to z powodu powiększenia się liczby gruczołów i z powodu zmian w tkance międzygruczołowej, albo, co jest najczęstsza rzeczą, zmiany tyczą się i gruczołów i tkanki międzygruczołowej. Zwiększanie się liczby gruczołów znajdujemy najczęściej w warstwie błony śluzowej tuż nad mięśniami; czasem bywają one powiększone, rozgałęzione i mają kształt na podłużnym przekroju śrubowaty. Bardzo często gruczoły znajdujemy i w warstwie mięsnej. W tkance międzygruczołowej w przypadkach świeższych jest naciek komórek drobnych okrągłych o jądrach, zajmujących prawie całe światło komórek; w warstwie błony śluzowej powierzchownej są komórki większe, do komórek doczesnej podobne. Naczyń bywa więcej; komórki te większe wrzecionowate ułożone są nieraz w pasma, szczególniej obok gruczołów.

Niema podstawy do wniosku, aby te zmiany odpowiadały naciekowi nowotworowemu, albowiem są to zmiany, jakie spotykamy w sprawach zapalnych. C. Ruge[16]) już w roku 1880. zwrócił uwagę, że zmiany tkanki międzygruczołowej w sprawach zapalnych mogą wzniecić podejrzenie zmian nowotworowych, mięsakowych, lecz po pewnym czasie przyszedł do przekonania, że one nie mają nic wspólnego z nowotworami.

Saurenhaus jest zdania, że mięsak nigdy nie występuje w postaci nacieku jednostajnego, a chociaż następowo może zająć błonę śluzową w szerokim obszarze, to przecież zawsze punktem pierwotnym bywa ognisko ograniczone. Zawsze Ablowi należy się uznanie, że pierwszy zwrócił uwagę i podjął badania błony śluzowej macicy, dotkniętej rakiem części pochwowej i szyi.

Wykład ten wywołał ożywioną dyskusyę, w której T. Landau i L. Landau obstają przy twierdzeniu Abla, Orthmann zaś, Olshausen, J. Veit i C. Ruge przemawiają w myśl Saurenhausa i tych wszystkich, którzy wykazali, że zmiany błony śluzowej nie okazują cechy nowotworowej, lecz czysto zapalną.

L. Landau oświadcza, że Ruge nie mógł wykazać zmian na błonie śluzowej jamy, ponieważ prof. Schröder wykonywał przeważnie *amputatio supravaginalis*, więc brakło materyału.

Olshausen wykazuje, że doświadczenie kliniczne przemawia przeciw twierdzeniu Abla, i że w literaturze nie zna przypadku, w którymby znaleziono obok raka części pochwowej mięsak w jamie macicy.

J. Veit. Praktyka uczy, że *amputatio* w początkowych okresach może prowadzić do zupełnego wyleczenia i przytacza przykłady.

C. Ruge. Sądzi, że obecność komórek podobnych do komórek doczesny nie może rozstrzygać, że to jest naciek nowotworowy, jak i w ciąży nie mogą one wzbudzić podejrzenia nowotworu. Prof. Waldeyer, na którego powołuje się Abel, powiedział jedynie, że komórki te, podobne są tylko do komórek mięsaka, *die Zellen fast so aussehen* są słowa prof. Waldeyera. — R. twierdzi stanowczo,

---

[16]) C. Ruge. Z. f. Geburtsh: u. Gyn. 1880. Tom V.

że mięsaki nie występują w postaci nacieku jednostajnego bez zmian gołem okiem widocznych.

Dalej wykazuje, że rozstrzygnięcie, o ile zdanie Abla jest słuszne, lub nie, ma doniosłe znaczenie praktyczne. Jeżeli zdanie to jest słuszne, to jest, jeżeli zmiany opisane przez Abla mamy uważać za mięsak, natenczas należy zdaniem Rugego wycinać każdą macicę, nawet niedotkniętą rakiem części pochwowej, jeżeli po wyskrobaniu błony śluzowej i jamy badanie mikroskopowe wykaże zmiany Abla w błonie śluzowej.

Wypada jeszcze przytoczyć dwie wspólne prace Abla i Landaua. W pierwszej [17]) pracy znajdujemy rozdział pod tytułem *Endometritis chronica*, w którym autorowie oświadczają, że wtedy tylko możemy mówić o sprawie zapalnej, jeżeli mamy dowody, że z produktu zapalnego tworzy się tkanka granulacyjna, w której znajdujemy z jednej strony zmiany wsteczne (*regressive Vorgange*), z drugiej zaś strony mamy zmiany świadczące o tworzeniu się nowej tkanki łącznej a więc naczyń dużo, komórki podobne do przybłonkowych (*epithelioide Zellen*), które Lugler nazywa *Fibroblasten*.

Jeżeli tych cech nie znajdujemy, a mamy mimo to w tkance międzygruczołowej pasma komórek wrzecionowatych i okrągłych a między nimi tu i owdzie komórki duże, do przybłonka płaskiego podobne, to musimy mówić ze stanowiska anatomicznego o nowotworze. Z tą nazwą nowotwór niekoniecznie, mówią autorowie, należy łączyć pojęcie złośliwości, albowiem znamy w organizmie mięsaki, np. opony twardej, w jamie ustnej, w mięśniach prostych brzucha i w sutku, których nie zaliczamy do złośliwych, a Waldeyer [18]) mówi, że pojęcia złośliwości nowotworu nie możemy opierać wyłącznie na badaniu drobnowidowem, złośliwość bowiem zależy jeszcze od innych czynników.

Anatom, zdaniem autorów, nie może i nie powinien się oglądać na objawy kliniczne, lub wyniki leczenia; raczej klinik musi działać w myśl rozpoznania anatomicznego.

Druga [19]) wspólna praca jest wynikiem badania czternastu nowych przypadków raka części pochwowej i błony śluzowej jamy macicy.

Badania te potwierdzają w zupełności zapatrywanie dawniejsze, t. j., że w niektórych przypadkach zmiany na błonie śluzowej jamy macicy należy uważać za nowotworowe (*sarcoma*).

Na poparcie swoich wywodów przytaczają z literatury przypadki a mianowicie Schauty [20]), Binswangera, P. Rugego [21]), Krycinskyego [22]), Pieringa [23]) i Stratza [24]).

Że nowotwór mięsakowy nie zawsze stanowi naciek lub guz ograniczony, jak chce Ruge i Eckardt, dowodzą tego zdania Virchowa i Waldeyera, którzy widzieli nie raz mięsak w postaci nacieku rozlanego. Jeszcze jednę przytaczają okoliczność autorowie w swej pracy a mianowicie, że wielu badaczy zwraca uwagę na to, że obok raka części pochwowej znajdujemy czasem w jamie macicy mięsak, a nawet są tacy, którzy uważają te zmiany mięsakowe za pierwszy okres raka (*sarcomatöses Stadium des Carcinoms*), jak Klob [25]) i Friedlander [26]), co zresztą zgadza się z zapatrywaniem się Virchowa, że punktem rozwoju raka może być tkanka łączna.

E l i s c h e r [27]) badał błonę śluzową różnych okolic jamy macicy w ośmiu przypadkach raka części pochwowej lub szyi i wysnuwa następujące wnioski:

1) W przypadkach raka części pochwowej występują na błonie śluzowej macicy zmiany polegające albo na obecności przerzutów (przyp. II. VI. i VII.) albo też mamy do czynienia ze zmianami zapalnemi.

2) Na błonie śluzowej jamy macicy nie znajdujemy nacieku mięsakowego ani mięsaka.

W pracy Tussenbrocka i Mendesa de Leon [28]) znajdujemy bardzo dokładny opis zmian błony śluzowej macicy w chronicznych sprawach zapalnych, który wykazuje zupełną analogię z opisami zmian Abla i zgadza się w zupełności z obrazem zmian, jakie poniżej przytoczę, opisując swoje przypadki.

Autorowie opisując prawidłową tkankę międzygruczołową mówią wyraźnie, że składa się ona z tkanki łącznej komórkowej, w której spostrzegamy bardzo mało włókien; komórki te mają jądra okrągłe lub wrzecionowate wypełniające prawie całe ciało komórki. Obok naczyń i gruczołów znajdujemy komórki większe wrzecionowate w pasmach.

Często przerost błony śluzowej prowadzić może w końcu przez rozrost tkanki łącznej do zaniku gruczołów a wreszcie zanikać może cała błona śluzowa; niejednokrotnie obydwie sprawy znajdujemy na jednej i tej samej błonie śluzowej.

Ważną rolę odgrywają tu naczynia nowo wytworzone. W okresie przerostu naczynia włosowate ulegają pewnemu drażnieniu, którego następstwem jest (schorzenie) pęcnienie śródbłonka; przez to krążenie w naczyniach włosowatych bywa upośledzone, nareszcie światło naczynia tak się zwęża, że wskutek tego może powstać zanik błony śluzowej. (Ciąg dalszy nastąpi).

[17]) T. Landau u. C. Abel. Beitrage zur pathol. Anatomie des Endometriums. Arch. f. Gyn. Tom 345. 165.

[18]) Waldeyer: Virchows Archiv. Tom XLI. s. 503.

[19]) C. Abel u. T. Landau: Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis. Arch. f. Gyn. Tom 35. s. 214.

[20]) Schauta. Prag. med. Wochenschrift Nr. 28. 1887.

[21]) P. Ruge. Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn. Tom XII. s. 202.

[22]) Krycinsky. Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn. Tom XII.

[23]) Piering. C. f. Gyn. Tom XII.

[24]) Stratz. C. f. Gyn. 1888. Nr. 50.

[25]) Klob. Pathol. Anatomie der weibl. Sexualorg. Wien 1864.

[26]) Friedländer. Virchows Archiv. Tom 67. s. 190.

[27]) Elischer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 23. s. 15.

[28]) v. Tussenbrock u. M. de Leon. Zur Pathol. d. Uterusmucosa. Arch. f. Gyn. Tom 47. Z. 3. s. 497.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Przez wprowadzenie do jamy brzusznej królików *bacilli pyocyanei* wywoływał autor zapalenie otrzewny włóknikowo-krwawe. Świeży kał króliczy, wprowadzony do jamy brzusznej zwierzęcia zdrowego, sprowadzał zapalenie otrzewny. Taki sam kał filtrowany lub sterylizowany metodą T y n d a l l a (przez kilka dni w 58°) nie wywoływał zapalenia otrzewny. Z doświadczeń tych wysnuwa P a w l o w s k y [140]) wniosek,

[140]) P a w l o w s k y: l. c.

że w zapaleniu otrzewny, powstałem po przedziurawieniu jelita, działają zabójczo bakterye, nie zaś składniki chemiczne treści jelita.

Z kału króliczego wyhodował Pawlowsky laseczník, który nazwał *bacillus peritonitidis ex intestinis cuniculi* a który według wszelkiego prawdopodobieństwa był jedną z odmian *bacterii coli communis*. Autor wstrzykiwał ten laseczník do jamy brzusznej królików i wywoływał w ten sposób zapalenie otrzewny włóknikowo-ropne lub ropne. Jakkolwiek Pawlowsky zgadza się na to, że pewne *minimum* bakteryj ropotwórczych, wprowadzonych do jamy brzusznej, może być nieszkodliwem dla otrzewny dzięki silnej resorpcyi, twierdzi jednak, że zapalenie otrzewny powstaje skutkiem działania samych bakteryj. Mechaniczne drażnienie błony otrzewny przez stałe, zwłaszcza twarde ciała, jakoto: kał, agar, gazę, podwiązane tkanki, krew, włóknik a także uszkodzenia śródbłonka otrzewnowego ułatwiają wprawdzie powstanie zapalenia otrzewny, doniosłość tych czynników nie jest jednak wielką. Taką samą rolę odgrywają substancye o własnościach drażniących, jak n. p. olejek krotniowy, który wprowadzony do jamy brzusznej jednocześnie z bakteryami ropnemi przyśpiesza powstanie zapalenia otrzewny.

Główna sprzeczność między wynikami Grawitza[141]) a wynikami Pawlowskiego[142]) polega więc na tem, że pierwszy sądzi, iż bakterye ropne, wprowadzone do jamy brzusznej, mogą wywołać zapalenie otrzewny tylko w pewnych okolicznościach, które starał się bliżej określić; wobec braku zaś tych okoliczności zostają one wchłonięte i unieszkodliwione przez organizm nawet wówczas, gdy je wprowadzono w wielkiej ilości; Pawlowsky zaś twierdzi, że same bakterye ropne, wprowadzone do prawidłowej jamy brzusznej nawet w bardzo małej ilości, stale wywołują ropne zapalenie otrzewny. W celu wyjaśnienia tej sprzeczności podjął pracę doświadczalną Waterhouse[143]). Autor ten wprowadzał do jamy brzusznej królików hodowle gronowca ropnego złocistego, paciorkowca ropnego, *bacilli pyocyanei*, *bacilli peritonitidis ex intestinis cuniculi* (Pawlowskiego[142]), o których jadowitości był przekonał się poprzednio za pomocą odpowiednich szczepień. Bakterye te, zawieszone w wodzie i wprowadzone do jamy brzusznej nawet w stosunkowo wielkich ilościach, nie wywoływały zapalenia otrzewny. Wprowadzone w niewielkiej ilości z moczem lub ze krwią także zapalenia otrzewny nie wywoływały, wprowadzone zaś w wielkiej ilości wywoływały tę zmianę. By wykluczyć działanie produktów bakteryjnych, operował ten autor płynem, który nazywa płynem stafilokokowym a który przygotowywał w ten sposób, że kawałek hodowli agarowej wielkości ziarnka grochu dawał do 10 cm.³ wody. Gronowiec ropny złocisty, wprowadzony do brzucha z kawałkami agaru lub płynną żelatyną, wywoływał zapalenie otrzewny. Zapalenie to występowało i po wprowadzeniu do jamy brzusznej malutkich kawałków skrzepów krwi, wielkości ziarnka grochu, oraz 1 cm.³ płynu stafilokokowego a także po wstrzyknięciu gronowca ropnego z 10-ma cm.³ bulionu. Sterylizowana ropa, oraz 10 kropli płynu stafilokokowego, wstrzyknięte jednocześnie z 10 kroplami olejku terpentynowego, nie wywoływały zapalenia otrzewny. Jeżeli wstrzyknięto do jamy brzusznej najpierw olejek terpentynowy a dopiero po jakimś czasie bakterye, występowało zapalenie otrzewny. Ażeby zbadać rolę, jaką odgrywają w powstawaniu zapalenia otrzewny, uszkodzenia albo rany tej błony, laparotomował Waterhouse[143]) zwierzęta, zakażał ranę brzuszną przez wcieranie w jej brzegi hodowli gronowca ropnego złocistego. Rany gładkie (szyte) trudno było zakazić w ten sposób. Jeśli naprzód posmarowano brzegi rany olejkiem terpentynowym a następnie wcierano bakterye, albo też wcierano bakterye w bardzo wielkiej ilości, następowało zakażenie. Po wycięciu kawałków błony otrzewny, oraz wprowadzeniu bakteryj ropnych do jamy brzusznej, bakterye te zagnieżdżały się w miejscach uszkodzenia otrzewny i wywoływały jej zapalenie.

Zmiany patologiczne w jamie brzusznej, istniejące przed jej zakażeniem, mają według autora doniosłe znaczenie w patogenezie zapalenia otrzewny. Rany jelita n. p. bardzo łatwo podlegają zakażeniu.

Autor wywoływał u zwierząt sztucznie puchlinę brzuszną a po wypuszczeniu płynu zakażał otrzewnę; okazało się, że w takich razach kropla ropy w 30 cm.³ wody przekroplonej była w stanie wywołać rozlane zapalenie otrzewny.

Jak to już wyżej przytoczono, w doświadczeniach Waterhouse'a zwierzęta znosiły zupełnie dobrze zaciśnięcie pętli jelitowych na wzór uwięzłych przepuklin przez 5—6 godzin. Jeśli jednak po tej operacyi wprowadzono 3—10 cm.³ płynu stafilokokowego autora do jamy brzusznej lub wstrzyknięto płyn ten do krwi a nawet po zakażeniu stafilokokami ranki, zrobionej na udzie zwierzęcia, występowało zapalenie otrzewny.

Praca Waterhouse'a potwierdza więc najważniejsze wyniki Grawitza[144]). Słuszność zapatrywań tego autora uznaje także Orth[145]), w którego pracowni została wykonaną praca Waterhouse'a. Orth sądzi, że w zakażeniu ogólnem lub sztucznem wprowadzeniu bakteryj do krwi powstaje wówczas zapalenie otrzewny, gdy wskutek powstałych przedtem zmian patologicznych w jamie brzusznej wytworzyła się tam niejako miejscowa predyspozycya.

Wkrótce po pracy Waterhouse'a[146]) ukazała się obszerna praca Reichla[147]) o etyologii, oraz leczeniu chirurgicznem septycznego zapalenia otrzewny. Reichel wprowadzał do jamy brzusznej psów 0·5 cm.³ świeżego kału z 5 cm.³ żelatyny; następowało wyzdrowienie. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej kilku cm.³ kału występowało krwawo zapalenie otrzewny. Po nacięciu jelita, pozostawionego w jamie brzusznej, na 4 razy raz nastąpiło wyzdrowienie, 3 razy zaś zapalenie otrzewny, zakończone śmiercią zwierzęcia. Po wstrzyknięciu 0·5 cm.³ świeżej ropy, wziętej z przypadku *osteomyelitis acuta* z 3 cm.³ żelatyny nastąpiło u jednego psa wyzdrowienie, drugi zaś padł. 2 cm.³ ropy, wziętej z ostrego ropnia dano do 125 cm.³ żelatyny i trzymano przez 3 dni w 37⁰, poczem dodano 125 cm.³ wody i wprowadzono po połowie tego płynu do jamy brzusznej dwom psom: jeden wyzdrowiał, drugi padł. Po wstrzyknięciu do jamy brzusznej 7 cm.³ 4-ro dniowej hodowli gronowca ropnego złocistego, pochodzącego z ropy, wziętej z czyraka, do której dodano 30 cm.³ żelatyny i 170 cm.³ wody, nastąpiło wyzdrowienie. Do 50 cm.³ hodowli gronowca ropnego złocistego, trzymanej w 37⁰ przez dni 12, dodano 150 cm.³ wody i wstrzyknięto po połowie tego płynu dwom psom do jamy brzusznej; jeden wyzdrowiał, drugi zaś padł.

Na podstawie tych doświadczeń potwierdza Reichel wyniki Grawitza o tyle, że przyznaje, iż otrzewna znosi pewną ilość drobnoustrojów zakaźnych bez szkody. Reichel nie zgadza się jednak z Grawitzem na to, by wprowadzenie nawet w niewielkiej ilości do jamy brzusznej treści kiszek czy kału było nieszkodliwem. Przeciwnie, autor sądzi, że w takich stosunkach kał jest znacznie niebezpieczniejszym, aniżeli czyste hodowle bakteryj ropnych. Nie udało się ani razu Reichlowi, podobnie jak wielu innym autorom, wywołać sztucznie u zwierzą typowego ropnego zapalenia otrzewny.

Reichel wycinał kilkadziesiąt cm.² otrzewny ściennej i wcierał w wytworzoną przez to ranę bakterye ropne lub świeżą ropę. Na 5 takich doświadczeń raz jeden powstało krwotoczne zapalenie otrzewny. W pozostałych 4 doświadczeniach następowało wyzdrowienie. Według tego autora puchlina brzuszna stanowczo sprzyja powstaniu zapalenia otrzewny, gdyż jest ona wyrazem niestosunku pomiędzy re-

[141]) Grawitz: l. c.
[142]) Pawlowsky: l. c.
[143]) Waterhouse: l. c.

[144]) Grawitz: l. c.
[145]) Orth: l. c.
[146]) Waterhouse: l. c.
[147]) Reichel: l. c.

sorpcyą z jednej strony a przesiąkaniem z drugiej. Zdaniem jego powstaje zapalenie otrzewny w następujących okolicznościach:

1) Gdy siła resorpcyjna otrzewny nie jest w stanie sprostać zadaniu; dzieje się to wówczas, gdy ilość bakteryj, które dostały się do jamy brzusznej, jest bardzo wielka lub też gdy stale przybywają tam bakterye choćby w niewielkich ilościach;

2) gdy w jamie brzusznej jest zastój płynów, podlegających rozkładowi;

3) w obecności zmian patologicznych błony surowiczej, wskutek których powiększa się przesiąkanie, resorpcya zaś zostaje upośledzoną; ważnym czynnikiem są tu zmiany towarzyszące puchlinie brzusznej, zwłaszcza sprawy przerzutowe, jako to zmiany gruźlicze oraz rakowe. Najłatwiej zaś powstaje zakażenie otrzewny, gdy już poprzednio są w tej błonie zmiany natury zapalnej.

Reichel[118]) tłómaczy różnicę pomiędzy wynikami Grawitza a wynikami Pawlowskyego tem, że jadowitość bakteryj ropnych, używanych do doświadczeń przez obydwu tych badaczów była rozmaitą; oczywiście bakterye, któremi operował Pawlowsky, musiały posiadać niezwykle wielką jadowitość w porównaniu z bakteryami Grawitza. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

Marpmann: Przyczynek do badania bakteryologicznego wody.

Streściwszy znane zarzuty, skierowane przeciw najwięcej używanym metodom badania bakteryologicznego, usiłuje M. podać sposób, któryby pozwalał na stanowcze określenie higienicznej wartości wody nawet osobom w badaniu niewprawnym, lekarzom praktycznym i chemikom.

Zarówno obliczanie ilości kolonij drobnoustrojów w wodzie zawartych, jak oznaczanie ich gatunków, są zdaniem M. postępowaniem żmudnem i zawodnem. Przy pierwszem prawie zawsze, pomimo ostrożności, mających zapobiegać znaczniejszemu rozwojowi nieszkodliwych drobnoustrojów wodnych, otrzymuje się cyfry znacznie większe, niż liczba zarodków, jaka się pierwotnie w świeżo zaczerpniętej wodzie znajdowała i nie rozróżnia się drobnoustrojów chorobotwórczych od nieszkodliwych, które łatwiej i szybciej od tamtych w zwykłej temperaturze się mnożą. Kontrola za pomocą oznaczania gatunków drobnoustrojów wymaga znacznej wprawy i wiedzy fachowej a nie jest pewną, bo nieraz nie wykaże już tych mikroorganizmów, które przypadkowo do wody się dostały, krótko w niej żyją a do rozwoju potrzebują wyższych temperatur; do takich zaś właśnie należy większość chorobotwórczych. Zdaniem M., do określenia wartości wody ze stanowiska bakteryologicznego, wystarczy zupełnie wykluczyć obecność: 1) znanych drobnoustrojów chorobotwórczych, 2) bakteryj kałowych i gnilnych. Z pierwszych znajdować się mogą w wodzie tyfusowe, ropne i przecinkowce cholery; z drugich *bacterium coli*, *bacil. Escherich* i rozmaite, peptonizujace drobnoustroje gnilne. Rozdzielić je można w ten sposób: 1) tyfusowe i im pokrewne rosną na agarze kwaśnym (z dodatkiem 0·2% kwasu cytrynowego), nie rosną na alkalicznym (z dodatkiem 2% węglanu sodowego, 2) przecinkowce rosną na agarze zasadowym, drobnoustroje kałowe i gnilne nie rosną na kwaśnym w temperaturze termostatu.

M. poleca więc następującą metodę: dolawszy próbkę wody do równej ilości wyjałowionego bulionu, stawia się próbówkę zamkniętą na 24 godz. w ciepłocie 30° w termostacie a potem wysiewa hodowle. Jeżeli spostrzega się wzrost:

1) na zasadowej żelatynie w ciepłocie pokojowej 10 do 18°, wskazuje to na obecność drobnoustrojów gnilnych.

2) na zasadowym agarze przy 30 do 37° w termostacie, znaczy bakterye kałowe.

3) na kwaśnej żelatynie przy 20 do 22°, znaczy prątki tyfusowe i pokrewne.

Wysiawszy teraz hodowle płytkowe na pożywce obojętnej, można stwierdzić tożsamość rozwijających się kolonij z tyfusowymi prątkami, z *bacterium coli*, względnie z przecinkowcami, ziarnikami ropotwórczymi a może niekiedy z prątkami węglikowymi. *Bacterium coli* wytwarza na żelatynie ocukrzonej gaz, tyfus zaś nie.

Bakteryologowi nie trudno odróżnić jedne rodzaje od drugich; chemikowi wystarczy wydać orzeczenie ogólne i tak:

Jeżeli z próbki wody, zmieszanej z bulionem, po 24 godzinach stania w termostacie, wyrastają kolonie na kwaśnej żelatynie, można podejrzywać tyfus; kolonie rosnące na zasadowej żelatynie w temperaturze zwykłej, wskazują na to, że woda zanieczyszczona jest treścią kloaczną. Jeżeli w hodowli zasadowej w ciepłocie zwyczajnej nic nie rośnie a w termostacie pojawią się kolonie, dowodzi to obecność bakteryj kałowych. *(Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde.* Tom XVII. 1895. Nr. 11).

Nicolle w pracy wydanej w 1-szym zeszycie *Annales de l'Institut Pasteur* z r. b. potwierdza spostrzeżenia Grimberta i Chantemessa, że z wody zawierającej prątki tyfusowe obok *bacterium coli*, za pomocą znanych dotąd metod tylko te ostatnie wyhodować się udaje. Okoliczność ta osłabia znacznie wartość praktyczną metody Marpmanna. (Przypisek sprawozdawcy). *Dr. Ciechanowski.*

Zapiski terapeutyczne.

95. L. Isnardi: Leczenie przerostu gruczołu krokowego *(prostata)* za pomocą przecięcia i podwiązania sznurka nasiennego (ze szpitala Cottolengo w Turynie). Od czasu, gdy Ramm zaproponował trzebienie do leczenia ciężkich przypadków przerostu gruczołu krokowego (por. Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.), doniesiono z wielu stron o skuteczności tej metody terapeutycznej.

Ponieważ jednak na trzebienie często nie pozwalają albo chorzy albo okoliczności, przeto autor spróbował przecięcia sznurka nasiennego i podwiązania obydwóch jego końców a dokonawszy w dniu 1. Maja r. b. tej operacyi u mężczyzny 72-letniego, przedstawił go w dniu 14. Czerwca r. b. turyńskiej Akademii lekarskiej jako zupełnie wyleczonego; w szczególności ustąpiło zatrzymywanie się i mimowolne oddawanie moczu, który przedtem mętny i z ropą stał się prawidłowym. Chory może w nocy i przez 7 godzin utrzymać mocz w pęcherzu a gruczoł krokowy, który przed operacyą dosięgał wielkości orzecha, po operacyi nie daje się przez odbytnicę prawie całkiem wymacać. Tak przyjądrze, jak i jądro zmniejszyły się znacznie; jednem słowem nastał stan podobny całkiem do tego, który występuje po przewlekłem zapaleniu wiewiórowem przyjądrza, gdzie także przychodzi do obliteracyi sznurka nasiennego. *(Centralblatt f. Chirurgie* 13. Lipca 1895).

96. E. Behring i Ransom: Jad cholery i antytoksyna choleryczna (z naukowej stacyi doświadczalnej fabryki w Höchst). I. Rozpuszczalny jad cholery. Jak wiadomo, świnki morskie padają na cholerę wśród znacznego spadku ciepłoty ciała. Jeżeli śwince morskiej wstrzyknie się do jamy brzusznej żywe, jadowite mętwiki *(vibriones)* choleryczne w takiej ilości, że śmierć następuje w 12 godzin, to spostrzega się wkrótce podniesienie temperatury, która przemienia się w rychły spadek między 3. a 4. godziną. Ten spadek temperatury utrzymuje się zwykle do śmierci. Jeżeli wstrzyknie się tyle, iż zwierzę lubo ciężko chore, zdrowieje, to temperatura spada, choć nie tak nagle, do pewnego stopnia, który zostaje w pewnym stosunku do stopnia zatrucia. Po tym spadku podnosi się znów temperatura nieco ponad prawidłową.

Jeżeli zaś wstrzyknie się zwierzęciu do jamy brzusznej mętwiki choleryczne w takiej ilości, iż śmierć następuje w 4 do 6 godzin, wtedy temperatura podnosi się tylko na bardzo

[118]) Reichel: l. c.

krótko, bo już w 15 do 30 minut po wstrzyknięciu nastaje jej spadek, który utrzymuje się aż do śmierci.

Z tego wolno wnosić, iż we wstrzykniętym płynie znajduje się jad w znacznej ilości i że ten jad jest przyczyną spadku temperatury ciała.

Otóż po wielu próbach udało się jad ten z hodowli bulionowych odosobnić od samychże bakteryj i otrzymać płyn, którego 0·5 cm.³ zabija świnkę morską już po 24 godzinach. Jad w tym płynie zawarty działa po wstrzyknięciu tak podskórnem jak i do jamy brzusznej, nie daje się jednak długo utrzymać na tym samym stopniu swej jadowitości, tak iż n. p. płyn zabijający już w ilości 0·5 cm.³ świnkę morską zabijał po 21 dniach dopiero w dawce 1 cm.³ a po 6 tygodniach już nawet prawie całkiem nie działał. Tej zmiany nie udało się powstrzymać ani przez przechowywanie płynu w lodowni ani przez dodanie rozmaitych substancyj konserwujących, przyczem zasługuje na uwagę, iż ogrzanie, chloroform, toluol i kwas karbolowy ani nie zmniejszają jadowitości ani nie opaźniają jej zmniejszania się.

Z tego płynu jadowitego, nie zawierającego, jak już nadmieniono, właściwych bakteryj, można otrzymać substancyą stałą, która ma też samą jadowitość co płyn i której dawka najmniejsza wystarczająca za wstrzyknięciem podskórnem do zabicia świnki morskiej, ważącej 250 gramów wynosi 7 centygramów. Śmierć następuje zwykle w 6—8 godzin a nawet i wcześniej. Po dawce 0·085 giną zwierzęta już w 30—60 minut, po dawkach jeszcze większych (n. p. 0·10 i więcej) już w 15 minut a nieraz nawet tak prędko, iż po wstrzyknięciu nie można ich żywych włożyć do klatki.

Jeżeli zwierzę pada dopiero po kilku godzinach, można obserwować u niego spadek temperatury różny co do stopnia i czasu w miarę ilości użytego do wstrzyknięcia jadu.

II. Antytoksyna choleryczna. Otóż opisanym płynem, nie zawierającym bakteryj i rozczynami owej substancyi stałej immunizowano w sposób zwykły świnki morskie, jagnięta i kozy w celu otrzymania antytoksyny cholerycznej i przekonano się, że surowica takich zwierząt jest skuteczną, jest skuteczną nawet, jeżeli ją wstrzyknie się w innem miejscu, jak jad choleryczny, jeżeli ją wstrzyknie się pod skórę na 48 godzin przed wstrzyknięciem hodowli bulionowej do jamy brzusznej. Z tego wnoszą autorowie:

a) z hodowli cholerycznych można otrzymać płyn działający swoiście a nie zawierający bakteryj właściwych;

b) płyn ten działa podobnie jak wprowadzenie do organizmu żywych hodowli cholerycznych;

c) z płynu tego można otrzymać substancyę stałą działającą równie jak on sam;

d) ze zwierząt cholerze przystępnych i jadem cholery zatrutych można otrzymać surowicę działającą skutecznie tak na jad cholery, jak i na żywe mętwiki choleryczne. *(Deutsche med. Wochenschrift* 18. Lipca 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25 Lipca 1895 r.

— W dniu 24. Lipca b. r. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem omawiano sprawę słownika lekarskiego oraz uzupełniono dawną komisyę słownikową przybraniem kilkunastu członków. Na zakończenie kol. prof. Walentowicz przedstawił preparaty makroskopowe i mikroskopowe z nowej zarazy świń.

— Rząd austryacki przedłożył Izbie deputowanych w Wiedniu projekt reorganizacyi stanu urzędników lekarskich; główne szczegóły tego projektu są następujące: służbę sanitarną przy starostwach i przy politycznej władzy krajowej pełnić będą koncepiści lekarscy w 10-tej, lekarze powiatowi w 9-tej i starsi lekarze powiatowi w 8-mej klasie rangi, zastosowanej do ustawy z 15. Kwietnia 1873. W każdym okręgu administracyjnym z lekarzy urzędowych $^1/_6$ ma należeć do rangi dziesiątej, $^3/_5$ do dziewiątej i $^1/_6$ do ósmej. Naczelnikowi kraju przysługuje prawo przenoszenia lekarzy urzędowych. Prócz tego do pomocy czy to przy starostwach czy przy władzy krajowej powoływać się będzie asystentów sanitarnych bez wynagrodzenia i z wynagrodzeniem. Z tych asystentów sanitarnych, których liczba nie ma przekraczać połowy liczby koncepistów lekarskich, będzie się wybierać kandydatów na opróżnione posady. W krajach, w których czynnościom urzędowym nie może podołać sam krajowy referent sanitarny, mianowani będą krajowi inspektorowie lekarscy w siódmej klasie rangi. W razie epidemii będą mianowani na czas niebezpieczeństwa dla zagrożonych pod względem sanitarnym okręgów osobni inspektorowie lekarscy z grona starszych lekarzy powiatowych. Ustawa ta ma wejść w życie 1-go Czerwca 1896.

— Miejscowa rada gminna mianowała Dra Kazimierza Smorągiewicza stałym lekarzem miejskim w Sanoku.

— Temi dniami wyszedł z druku: *Podręcznik do analizy chemicznej jakościowej wraz z krótkim przewodnikiem do badań sądowo-chemicznych.* Napisał Dr. Julian Schramm, prof. Uniw. Jagiell. Wydanie drugie, ponownie opracowane i uzupełnione 7-ma rycinami w tekście. Kraków. Nakładem autora. Składy główne w Krakowie w księgarni Gebethnera i Spółki, w Warszawie w księgarni Gebethnera i Wolffa. 8-ka. str. 265. Podręcznik ten opracowany, jak się samo przez się rozumie, na podstawie dzisiejszego stanowiska nauki, przyda się bardzo lekarzom sądowym przez rozdział jeden o alkaloidach, drugi zawierający przebieg rozbioru chemicznego w celu wykrycia trucizn przy badaniach sądowochemicznych.

— Rada państwa w Petersburgu po rozpatrzeniu przedstawienia ministerstwa spraw wewnętrznych poleciła sprzedać posesyą zajętą przez szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie zagranicznemu towarzystwu kapitalistów za sumę 1475000 rubli, otrzymane ze sprzedaży sumy oddawać do rozporządzenia warszawskiej rady miejskiej dobroczynności publicznej na rzecz budowy na folwarku świętokrzyskim nowych zabudowań szpitalnych, wznoszenie według sporządzonych projektów nowych gmachów szpitalnych powierzyć tejże radzie i dozwolić ministrowi oświaty na wystosowanie osobnego przedstawienia co do wysokości funduszów potrzebnych na wzniesienie przy szpitalu budynków skarbowych na muzea patologiczne i anatomiczne, laboratorya i t. p.

— Miejsce dla lekarza w m. Torczynie w gubernii wołyńskiej. Listownej informacyi udzieli aptekarz miejscowy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 12. Maja r. b. w Burgdorfie w Szwajcaryi Dr. Józef Stupnicki, wychowaniec b. szkoły głównej warszawskiej i uniwersytetu berneńskiego. — We Lwowie w dniu 21. b. m. Dr. Teodor Jendl w 33. roku życia. — W Płocku w 59. roku życia Władysław Drużyłowski, lekarz powszechnie szanowany dla swej prawości i dobroczynności. — W Heidelbergu słynny otyatra niemiecki, prof. Moos, w 65. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 29. K. Stróżewski: O histeryi symulującej organiczne choroby układu nerwowego. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia). — W *Medycynie* Nrze 29. B Motz: O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza. A. Koral: Pierwsza serya chorych na błonicę, leczonych surowicą przeciwbłoniczą (dokończenie). T. Pawłowicz: Przyczynek do leczenia gorączki połogowej. A. Zaleski: Przypadek posocznicy połogowej wyleczony sztucznem wywołaniem ropnia. — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie lipcowym, Brudzewski: Wydobywanie soczewki z oka wysoko niedomiarowego (*myopia permagna*) jako zabieg leczniczy. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy). A. Rosner: Przyczynek do rozpoznawania porodu mnogiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 3. Sierpnia 1895 r. Nr. 31.

Redakcya:
[illegible] ulicy Szczepańskiej [illegible]
Telefon № [illegible]

Administracya:
[illegible]

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
[illegible] w Krakowie Administracya [illegible] w Paryżu p. Adam [illegible] rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie,
[illegible]
w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu
[illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi [illegible]	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ [illegible] „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ [illegible] „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Jakkolwiek już w połowie XVIII. wieku Berryat (*Hist. de l'acad. roy. des sciences 1749*) dokładnie opisał dobrowolne zwichnięcie soczewki, jednakże w późniejszej kazuistyce figurują często, jako dobrowolne, przypadki napewno urażnego pochodzenia. Właściwie dopiero Sichel (*Ueber die Dislocation und Niedersenkung der Crystallinse. Oppenheims Zeitsch. 1846*) pierwszy nauczył odróżniać zwichnięcia urażne od dobrowolnych, powstałych wskutek zmian zaszłych w oku bez udziału urazu. Ważną była dalej praca Sippella (*Die spontane Luxation d. Linse und ihre angeborene Ectopie. Marburg 1859*), który odróżniał znów nieprawidłowe, wrodzone położenie soczewki od dobrowolnego jej zboczenia pod nazwą *ectopia lentis congenita* i jako powód do tego podał, że dobrowolne zboczenie stanowi sprawę ciągle dalej postępującą, która prowadzi w końcu do zupełnego opadnięcia soczewki, przy wrodzonem zaś zboczeniu położenia soczewka zwykła pozostawać na zawsze w miejscu początkowo nieprawidłowem, wskutek wady rozwojowej.

Wszakże w późniejszej kazuistyce zasady przez Sichela i Sippella podane znowu nie zawsze były przestrzegane. Raab w swej gruntownej pracy: *Ueber spontane Dislocation der Linse* i t. d. (*Archiv f. Ophthalm.* XXI. 1) odróżnia następujące kategorye dobrowolnych zwichnięć: 1) przeważna liczba dobrowolnych zwichnięć przeźroczystych soczewek powstaje jako wada rozwojowa, *ectopia lentis congenita*; w tych przypadkach soczewka pozostaje na zawsze na początkowo nieprawidłowem swem miejscu, lub też (rzadziej znacznie) z czasem następuje zupełne zwichnięcie. 2) Do drugiej kategoryi należą rzadsze już znacznie zwichnięcia dobrowolne, powstałe przy sprawach zapalnych naczyniówki, jako to właściwej *chorioiditis, sclerotico-chorioiditis posterior* (krótkowzroczność w wysokim stopniu). W przypadkach tych znajdują się następowe zmiany chorobowe w ciele szklanem i soczewce. Sprawa doprowadzić może do wymoczenia obwódki Zinna i zboczenia przeźroczystej albo już zaćmionej soczewki. Ciało szklane jest najczęściej, chociaż nie zawsze rozcieńczone. 3) Do trzeciej kategoryi zalicza przypadki, w których głównym powodem zwichnięcia są zmiany chorobowe, czyli właściwie wiekowe w samej soczewce zaszłe, mianowicie marskość soczewki przy następowem przeistoczeniu powierzchownych warstw w zaćmach przejrzałych, czemu bardziej jeszcze dopomaga, przy jednoczesnej zaćmie torebkowej, marskość wybujałych początkowo śródtorebkowych komórek, wskutek czego w torebce powstawać mogą zmarszczki. W tych okolicznościach łatwo nastąpić może częściowe lub też zupełne oderwanie obwódki Zinna. 4) Do ostatniej kategoryi należą zwichnięcia, powstałe następowo przy wolem oku, garbiakach, marskości tylnych i przednich przyczepin, przy nowotworach śródgałkowych, marskości ciała szklanego i t. d. Raab kończy ten podział słuszną uwagą, że w wielu razach trudno jest wytknąć dokładną granicę między dobrowolnem a urażnem pochodzeniem zwichnięcia a to z powodu, że w niektórych przypadkach nieznaczne obrażenia mogły początkowo wywołać częściowe tylko oderwanie obwódki Zinna, które na razie mogło nie mieć żadnego wpływu na położenie i przeźroczystość soczewki, następnie już sama sprężystość soczewki prowadzi do zgrubienia jej w kierunku osi, które przy wstrząśnieniach, którym oko stale i zawsze ulega, doprowadzić może do tego, że początkowo małe oderwanie może się ciągle powiększać aż do zupełnego zwichnięcia.

Badań anatomicznych zwichnięcia soczewki mamy dotąd bardzo mało. Pierwsze dokładniejsze badanie zawdzięczamy Hirschbergowi (*klinische Beobachtungen aus der Au-*

genkeitanstalt. Wien 1874). W oku oddawna oślepłem powstało podrażnienie po użyciu sanny w niepogodę. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną spostrzegł autor soczewkę białawo-żółtą, wklinowaną w źrenicy. Po wyłuszczeniu gałki przekonał się, że źrenicę zaciągała błona, zrosła z tylną powierzchnią soczewki. Obwodowa warstwa soczewki była skostniała, tylna powierzchnia nierówna, w torebce powstały liczne fałdy; zresztą była ona prawidłową. Substancya samej soczewki była włóknista, zawierała krople rdzennika i kryształy żółciotłuszczu. Wysięk w obrębie źrenicy składał się z młodej tkanki łącznej, zawierającej komórki barwikowe i naczynia krwionośne.

Następnie Raab (l. c.) zbadał najpierw anatomicznie soczewkę przeźroczystą, która wpadła do przedniej komory oka, wywołała zjawiska jaksry i następnie była wydobytą. W przypadku tym już poprzednio było zboczenie soczewki. Otóż wydobyta soczewka była mniejszą, kształt miała raczej walcowaty, jednakże była zupełnie rozwinięta. Obwódki Zinna weale nie było. Torebka była cienka i krucha, w przedniej połowie znalazł prawidłowe komórki przybłonkowe, pomiędzy torebką a prawidłowemi zresztą włóknami soczewki substancyę skrzepłą.

W drugim przypadku, o niewiadomym przebiegu choroby, gałka była wyłuszczona i dokładnie zbadana. Była ona znacznie powiększona; długość cięcia strzałkowego 31 mm., czołowa średnica równikowa 26 mm., kształt gałki jajowaty z wierzchołkiem ku przodowi skierowanym. Rozszerzeniu uległa przeważnie przednia część gałki. Wypukłość rogówki stanowiła bezpośrednio ciąg dalszy wypukłości białkówki; obie błony były bardzo cienkie. Na tylnej powierzchni rogówki guzowatości; ze środkiem jej w obszarze 1·5—2 mm. jest zrosła soczewka wielkości tylko $^1/_4$ prawidłowej a jednak na 4 mm. gruba. Z tęczówką ani też z ciałem szklanem soczewka nie była zrosłą; komora przednia bardzo obszerna. Szerokość najbardziej rozszerzonego pasa od brzegu rzęskowego tęczówki do rąbka siatkówki 11·5 mm. Wyrostki rzęskowe znacznie zmniejszone i odsunięte od siebie. W miejscu odpowiedniem rąbkowi zębatemu siatkówki ciałko szklane jest zrosłe z siatkówką i naczyniówką i składa się z uwarstwionych, mocnych błon. Grubość siatkówki prawidłowa; przybłonek barwikowy przechowany tylko miejscami w okolicy rąbka siatkówki; naczyniówka luźnie połączona z białkówką.

Rogówka unaczyniona, zwłaszcza w częściach obwodowych; blaszki jej luźniej ze sobą połączone. Błona Descemeta, miejscami rozerwana, tworzyła fałdy, lub skracała się wężownicowato; w miejscach, gdzie jej brakowało, znajdowała się tkanka z długiemi komórkami, przypominająca bliznową. W śródbłonku błony Descemeta komórki były bądź przeistoczone w długie wyciągnięte, bądź też zastępowały je t. zw. brodawki (*Warzen*). Torebka soczewki z błoną Descemeta w miejscu zrostu tworzyła jakby jedną całość; komórek śródbłonka w miejscu tem nie było. Torebka była tu grubszą i następnie, tworząc liczne fałdy, pokrywała całą soczewkę. Co do treści jej, czyli istoty soczewki, w przedniej części znajdowały się długie, wrzecionowate komórki (prawdopodobnie potomkowie przybłonka), które dochodziły nadto do tylnej torebki. Pomiędzy komórkami znajdowały się resztki włókien soczewkowych i kulek rdzennika. Taką była budowa części przedniej soczewki, która stanowiła na cięciu jakby dodatek z przodu w postaci nieprawidłowego czworoboku do właściwej soczewki, która składała się z zawierających jądra i półśrodkowo ułożonych włókien soczewkowych. Resztek obwódki Zinna na soczewce nie było. Rzęskowe pasemko tęczówki posunięte do błony Descemeta; łączy go z nią już nie więzadło grzebieniaste, lecz nowopowstała tkanka z luźnie ze sobą połączonych wrzecionowatych komórek barwikowych. Splotu żylnego Lebera weale nie było. Włókna białkówki luźniej ze sobą połączone; komórek jakoby nie było w niej weale. Naczynia białkówki prawidłowe, przekrwione. W tęczówce brakowało śródbłonka na przedniej powierzchni; niektóre komórki tylnej warstwy barwikowej spęczniałe, wtrójnasób powiększone, z bardzo małą ilością barwika. Pod tą warstwą od ciała rzęskowego do brzegu źrenicznego udaje się błona bezpostacia. Naczyniówka i tęczówka zawierały bardzo mało naczyń. Zwieracza źrenicy pozostawały tylko bardzo słabe resztki. Wogóle, począwszy od brzegu rzęskowego tęczówki do rąbka siatkówki, wszystkie błony, ścianę gałki tworzące znajdowały się w stanie widocznego zaniku; komórki barwikowe tworzyły jednę tylko i bardzo mało barwika zawierającą warstwę. Mięsień rzęskowy przedstawiał się w postaci nielicznych włókien tkanki łącznej. W części rzęskowej siatkówki komórki walcowate dochodziły tylko do wyrostków rzęskowych; przed samym rąbkiem zaś zawierały często ziarnka barwika, traciły jądra i tworzyły długie wyrostki, które łączyły się zarówno z sąsiedniemi komórkami i tworzyły sieć. Od tej sieci początek brały długie włókna, które przechodziły następnie we wspomniane już błony w ciele szklanem. W naczyniówce ilość barwika również znacznie była zmniejszona. Siatkówka straciła swe uwarstwienie i składała się z siatki włókien z jądrami; pierwocin nerwowych weale nie było. W okolicy rąbka pręcików i czopków zupełnie nie było; spostrzegano je niekiedy tylko w okolicy równika i dokoła tarczy nerwu wzrokowego. Natomiast bardzo wyraźnie występował układ włókien promienistych. Prócz ogólnego zagłębienia tarczy znajdowało się głębsze jeszcze zagłębienie w kształcie butelki, w samym pniu nerwu wzrokowego w okolicy naczyń środkowych. Tętnice siatkówki w pobliżu nerwu wzrokowego miały zwężone światło i zgrubiałą błonę dodatkową; dalej ku obwodowi były przeistoczone w pasemka tkanki łącznej, światła pozbawione. Błony, które tworzyły ciało szklane, składały się z gęstej masy cienkich włókien, pomiędzy któremi znajdowały się liczne komórki rozmaitego kształtu i wielkości. Na wierzchołkach wyrostków rzęskowych znajdowały się resztki obwódki Zinna w postaci szklistych, od przodu oderwanych włókien.

Raab przyznaje w przypadku tym sprawę powstałą wskutek dobrowolnego zwichnięcia soczewki do komory przedniej. Zapalenie naczyniówki (*chorioiditis ectatica*) uważa za sprawę następową, która różni się od tegoż cierpienia, na gruncie jaskry lub postępowej krótkowzroczności powstałego tem mianowicie, że gdy w obu ostatnich razach zanik białkówki, naczyniówki i siatkówki daje się spostrzegać przeważnie w okolicy tylnego bieguna, przy zwichnięciu soczewki przeciwnie sprawa rozpoczyna się i rozwija w części gałki, odpowiadającej ciału rzęskowemu. Występują tu też wyraźnie zjawiska czynnego udziału tkanek, przeważnie w części rzęskowej siatkówki, w tylnej części ciała rzęskowego, w przyległych częściach ciała szklanego, t. j. tam,

gdzie pociąganie naprężonej obwódki musi być największe. Znaczny zanik naczyniówki i siatkówki pochodzi od rozciągnięcia ciśnienia, którym błony te ulegają wskutek zwiększenia treści gałki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Badania swoje przeprowadziłem w 21 przypadkach macic dotkniętych rakiem części pochwowej lub szyi w pracowni prof. Marsa. Materyał do nich stanowiły macice przechowane w alkoholu lub w roczczynie formaliny.

W opisie należy uwzględnić zmiany, jakich doznają preparaty przechowywane dłuższy czas w środkach stwardniających, t. j. zmianę barwy, zbitości, zmianę wymiarów, które z powodu skurczenia się tkanki muszą być mniejsze. Nie ulega wątpliwości, że preparaty barwione, otrzymane z takich tkanek nie są tak piękne a obrazy nie tak przejrzyste, jak preparaty z tkanek otrzymanych świeżo z organizmu żyjącego, lub zaraz po zejściu ze zwłok. O tem miałem sposobność przekonać się robiąc dla porównania preparaty z błony śluzowej jamy macicy świeżo ze zwłok wyjętej i stwardnionej w wysyconym wodnym roczczynie sublimatu a następnie traktowane alkoholem; skrawki więc tych macic barwią się piękniej i nieco silniej. Kontury komórek i jąder są wyraźniejsze a nawet przy krajaniu skrawków jest różnica, gdyż ze świeżo wyjętych ze zwłok macic i stwardnionych, łatwiej krają się cienkie skrawki niż z tych, które dłużej były przechowane.

Jestto w każdym razie różnica, która nie ma wielkiego znaczenia; budowę zaś tkanek, różne kształty komórek, tkankę międzykomórkową, jądra w komórkach a zatem i wszelkie w nich zmiany przy odpowiedniem barwieniu występują bardzo dobrze; to też zmiany te musiały istnieć już w chwili wnoszenia preparatów do alkoholu a nie są następstwem pozostawania w nim przez czas choćby dłuższy.

Badania tych trzech macic, z których jednę wyjęto ze zwłok dziewczyny 16 do 18-letniej, drugą ze zwłok kobiety około 30-letniej, która rodziła, a trzecią ze zwłok kobiety po 40-tym roku życia a zatem z macic kobiet w różnym wieku, posłużyć mi miały do stwierdzenia, jak się zachowuje błona śluzowa jamy macicy nie dotkniętej rakiem części pochwowej.

Do badania brałem kawałki: *a*) z części pochwowej zajętej przez nowotwór, *b*) z szyi macicy na granicy nowotworu, ale z tkanki, która makroskopowo wydawała się nie zajętą i *c*) z jamy macicy z okolicy najodleglejszej od nowotworu (najczęściej z okolicy dna, z dwóch miejsc) a jeżeli błona śluzowa okazywała makroskopowo jaką zmianę, n. p. pewną wyniosłość lub utkanie miększe, to brałem kawałki i z tych miejsc, kawałki zawsze z częścią warstwy mięsnej.

Preparaty mikroskopowe krajałem najczęściej z celloidyny, niektóre jednak i z parafiny. Używałem barwienia podwójnego, przeważnie hematoksyny i eozyny, czasem kwasu pikrynowego.

W opisie preparatów mikroskopowych zwrócę głównie uwagę na błonę śluzową jamy macicy; z częścią zaś pochwową załatwię się pokrótce, byle tylko dowieść, że nowotwór odpowiadający rakowi niewątpliwie wykazałem pod drobnowidem.

Przypadek I.

L. prot. zakł. 8. W. E., lat 43, operowana w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica wyjęta z częściami dodatkowemi, przechowana w alkoholu. Przekrój macicy z przodu w tył. Macica nieco większa. Długość macicy 8·3 cm., długość jamy macicy 7·4 cm., grubość ściany w trzonie 2·2 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór; najwięcej zajęta warga tylna. Nowotwór przechodzi na dolną część szyi, ujścia wewnętrznego nie przekracza; odległość od ujścia do nowotworu wynosi 1·2 cm. Błona śluzowa jamy macicy gładka nie przedstawia zmian przy oglądaniu gołem okiem.

Badanie drobnowidowe skrawków nowotworu wykazuje utkanie raka. *Epithelioma portionis vaginalis.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy. Błona śluzowa grubsza, co już daje się rozpoznać gołem okiem. Na powierzchni błony śluzowej, która nie jest równa, lecz falista, brak przybłonka. Gruczoły w warstwie powierzchownej mają światło bardzo wąskie, komórki przybłonkowe są wysokie; w niektórych gruczołach światła prawie nie ma. W głębszych warstwach błony śluzowej gruczoły są powiększone, wydłużone, tu i owdzie dzielą się na dwie odnogi lub mają wypustki do wnętrza światła, które jest obszerne. Czasem gruczoł jest tak rozszerzony, że stanowi torbiel. W gruczołach rozszerzonych przybłonek jest spłaszczony, w jednej warstwie ułożony. Tkanka międzygruczołowa bardzo obfita i wyraźnie włóknista, więcej zbita w warstwie powierzchownej, wiotsza w warstwie położonej bliżej mięśni; komórek w tej tkance znajdujemy nie wiele, komórki przeważnie wrzecionowate. Około gruczołów głębiej położonych mamy też komórki okrągłe lub owalne z większą ilością pierwoszcza, podobne do komórek przybłonkowych (*epithelioide Zellen*).

W powierzchownych warstwach błony śluzowej znajdujemy naciek drobnokomórkowy; komórki te barwią się mocno (leukocyty). Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną nie jest zbyt ostra.

Naczynia włosowate i drobne tętnice okazują następujące zmiany: Śródbłonek znacznie napęczniały, ściany naczyń grube, światło naczyń znacznie węższe, w świetle spotkać można tu i owdzie leukocyty a w nich fragmentacyę jądra. W komórkach w tkance łącznej międzygruczołowej jądra zawierają dużo chromatyny; w komórkach większych, barwiących się słabiej (fibroblasty) znajdujemy obok jądra owalnego cząstki drobne, jakby jąderka, które należy uważać za resztki ciałek białych. Mamy więc do czynienia z fagocytozą.

Podziału komórek (*mitosis*) nie zauważyłem ani komórek olbrzymich nie znalazłem mimo kilkakrotnego poszukiwania.

(Te ostatnie szczegóły śledziłem używając imersyi $^1/_{12}$ i okul. 5).

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis fibrosa.*

Przypadek II.

L. prot. zakł. 16. S. M., lat 35, operowana w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica z częściami dodatkowemi przechowana w alkoholu. Przekrój z przodu w tył. Macica w ścianach grubsza. Długość macicy 10·8 cm. Długość jamy macicy 8·4 cm. Grubość ściany w trzonie 3·5 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przechodzi na szyję,

ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu wynosi 1·6 cm. Błona śluzowa jamy macicy wszędzie gładka, ale grubsza.

Badanie drobnowidowe skrawków nowotworu okazuje utkanie raka. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy. Błona śluzowa grubsza, na powierzchni brak przybłonka. Gruczołów znacznie większa ilość; gruczoły są bardzo długie, trybuszonowato pokręcone, niektóre blisko warstwy mięsnej dzielą się, na powierzchni uchodzi dużo gruczołowych przewodów; najliczniejsze gruczoły nad powierzchnią błony mięsnej a tu i owdzie wchodzą nawet w powierzchowne jej warstwy, w skutek czego granica między błoną śluzową a warstwą mięsną nie jest zbyt ostra. Przybłonek w gruczołach prawidłowy, w jednej warstwie ułożony. Tkanka międzygruczołowa dosyć skąpa, szczególniej w powierzchownych warstwach; stanowi ona przegrody oddzielające gruczoły. W tych przegrodach często naciek drobnokomórkowy, szczególniej około gruczołów i drobnych naczyń. Naczyń większa ilość o ścianach grubych, czasem naczynia w grupach po 6—10 obok siebie.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis productiva.*

Przypadek III.

L. prot. zakł. 20. A. K., lat 52, operowana w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, nieco dłuższa, ale smukła; na przedniej ścianie brak otrzewny aż do *fundus*. Przekrój macicy z przodu w tył. Długość macicy 8·5 cm. Długość jamy 7 cm. Ściany macicy w trzonie cienkie i kruche; w *fundus* ściana najcieńsza wynosi 9 mm. Nowotwór zajmuje część pochwową i szyję, przekracza ujście wewnętrzne, zajmując dolną część trzonu macicy, szczególniej po stronie lewej. Błona śluzowa w okolicy dna gładka i cienka; ztąd też wzięto kawałki do badania.

Badanie drobnowidowe preparatów otrzymanych z kawałków nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej z okolicy dna macicy. Błona śluzowa cienka, na powierzchni pokryta przybłonkiem wałeczkowym, nieco niższym, powierzchnia błony śluzowej falista, gruczołów prawie nie ma; tu i owdzie zaś, jeżeli są, to mają światło bardzo wązkie a przybłonki w nich spłaszczone. Przewody gruczołów na powierzchnię dążących tak zwężone, że grubsza część gruczołów jest rozszerzona i zawiera masę ziarnistą a wśród niej są leukocyty. W tkance międzygruczołowej, która wzięła górę co do ilości nad gruczołami, mamy dużo leukocytów, które tworzą miejscami naciek ograniczony. W naczyniach, które dadzą się odróżnić jeszcze dobrze (ale takich jest mało), światło prawie w zupełności zamknięte. W innych miejscach tylko z pierścieniowatego ułożenia komórek rozpoznać można, że to było kiedyś naczynie.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis atrophicans.* Na preparatach nadto widzimy sposób rozszerzenia się nowotworu a mianowicie w bardzo głębokich warstwach mięśni blisko otrzewny znajdujemy ogniska rakowe w trzonie.

A zatem nowotwór rozszerza się w tym przypadku na błonie śluzowej, ale wcześniej daleko idzie naczyniami limfatycznemi tuż pod otrzewną i to tam już go widzimy, gdzie błona śluzowa ani śladu zmian nowotworowych nie okazuje.

Przypadek IV.

L. prot. zakł. 22. N. N., lat około 45, operowana prywatnie przez prof. Rydygiera. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis, fibromata uteri.*

Badanie preparatu. Macica przechowana w spirytusie, wyjęta z częściami dodatkowemi, przekrój z przodu w tył, znacznie grubsza w trzonie. Oprócz zmiany nowotworowej, która zajmuje tylną wargę, więcej po stronie lewej i na szyję zupełnie nie przechodzi, mamy dwa włókniaki wielkości orzecha włoskiego, jeden śródmiąższowy po stronie prawej w rogu macicy, drugi nieco większy po stronie lewej od tyłu w wysokości odejścia więzadła okrągłego. Błona śluzowa jamy macicy grubsza i niezupełnie gładka. Długość macicy 10 cm. Długość jamy macicy 7·8 cm. Grubość ściany w trzonie 2·5 cm. Kawałki do badania wzięto z okolicy trąbki lewej, z okolicy odejścia więzadła okrągłego po stronie prawej i z nowotworu.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare incip. portionis vaginalis.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną. Błona śluzowa znacznie grubsza, miejscami na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym pokryta. Gruczołów bardzo znaczna liczba a ponieważ przebieg ich jest równoległy lub skośny do powierzchni błony śluzowej, przeto na przekroju przedstawiają się w formie okrągłej lub owalnej tak, że błona śluzowa stanowi tkankę oczkowatą, jakby siatkę. Gruczoły nie są powiększone a światła ich nawet węższe. W gruczołach jądra przybłonki barwią się bardzo wyraźnie, lecz odstają przybłonki od podstawy i okazują skłonność do proliferacyi tak, że niektóre gruczoły są formalnie komórkami przybłonkowemi nadziane. Gruczoły nie ograniczają się do błony śluzowej, lecz przekraczają w wielu miejscach jej granice, drążąc w głąb warstwy mięsnej i to bardzo głęboko, niszcząc ją i tworząc między jej wiązkami nowe oczka gruczołowe o tych samych własnościach. W tkance międzygruczołowej błony śluzowej utkania włóknistego, które stanowi tylko pasma koliste, oddzielające gruczoły (a i te pewnie są nieraz zniszczone) mamy naciek drobnokomórkowy i to najwybitniejszy tam, gdzie gruczoły drążą w tkankę mięsną; naciek ten jest prawdopodobnie odczynem tkaniny wobec rozszerzającego się nowotworu. Naczynia drobne w błonie śluzowej mają ściany grubsze a śródbłonek w nich rozpęczniały; wewnątrz znajdujemy leukocytozy. Naczyń jest bardzo dużo.

Rozpoznanie: *Adenoma destruens corporis uteri.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego.

Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych a w szczególności w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż,

I. elew tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Z powyższych kilku przypadków widzimy, że ilość ciałek białych (leukocytoza) i stosunek procentowy ich rodzajów zgodnie ze zdaniem Limbecka może być pewnym środkiem pomocniczym w dyagnostyce, gdzie inne środki rozpoznawcze zawodzą, prowadzi nas bowiem na jasne rozpoznanie, tembardziej, że niektóre choroby zakaźne pod względem leukocytozy przedstawiają typowy przebieg i tak:

Dur brzuszny, na co już Chetagurof, Rieder i inni zwrócili uwagę, przebiega przy zmniejszonej ilości ciałek białych, t. zw. leukopenii, przyczem ilość limfocytów z biegiem choroby stale wzrasta tak, że dochodzić może do 57% innych leukocytów, co zostawać może w związku z wzrastającem podupadnieniem odżywienia (Ehrlich). Zmniejszenie to

nie zostaje w związku z przebiegiem gorączki; w czasie zaś stanu bezgorączkowego leukopenia stopniowo, choć dość powoli ustępuje, aż wreszcie ilość ciałek białych dosięga prawidłowego stanu. Najmniejsza leukopenia a więc nie wiele różniąca się od cyfr prawidłowych jest w ciągu pierwszego tygodnia, później zaś coraz bardziej wzrasta tak, że ilość leukocytów dochodzić może do 2729 w jednym milimetrze sześc., u Riedera do 1800 a Limbeck mógł wykazać w jednym przypadku tylko 1000 leukocytów w milimetrze sześc. Zmniejszenie tak znaczne zwiastowało zazwyczaj pogorszenie się stanu chorobowego, krwotok kiszkowy i t. p. (Powiększenie się ilości leukocytów do 8000 u J. S., L. p. 3. i u B. S., L. p. 4. do 6000 odnieść należy do leukocytozy pokrwotocznej a jeszcze dalsze powiększenie się do 16000 u B. S., L. p. 4. pojąć trzeba jako leukocytozę przedśmiertną). W ogóle wykazać można, że powolne ustępywanie leukopenii na korzyść prawidłowej ilości leukocytów każe rokować dobrze, nagłe zaś ich zwiększenie lub na odwrót nagłe zmniejszenie, spodziewać się każe powikłania lub pogorszenia stanu chorobowego.

Co się tyczy rozmaitych postaci leukocytów, to z początku choroby w pierwszym i drugim tygodniu duru brzusznego przeważają znacznie jednojądrowe, przyczem procent neutrofilnych jest zwiększony. Z biegiem choroby ilość neutrofilnych coraz szybciej spada tak, że dochodzić może do 35% wszystkich leukocytów; spadek ten utrzymuje się nawet po ustąpieniu stanu gorączkowego a stosunki te wyrównywają się dosyć powoli.

Zwiększenie ilości limfocytów znajdujemy w końcu 3-go i w 4-tym tygodniu; największe zaś zwiększenie przypada na kilka dni przed spadkiem ciepłoty.

Przez cały przebieg choroby aż do ustąpienia stanu gorączkowego pojawiają się bardzo liczne cienie neutrofilne, będące prawdopodobnie wyrazem rozpadu tychże ciałek. Ciałka eozynochłonne wcześnie znikają a pojawiają się znów, jak słusznie Wiczkowski zauważył, jak ambasadorowie po stoczeniu bitwy, po ustąpieniu gorączki i głównych objawów chorobowych.

Z innych składników krwi ilość ciałek czerwonych ulega niewielkim tylko wahaniom; natomiast w 1-szym i 2-gim tygodniu choroby spotykamy bardzo wiele mikrocytów i ciałek czerwonych z wakuolami, w barwnych zaś preparatach znajdujemy ciałka barwiące się metachromatycznie a w okresie regeneracyi krwi, a więc po krwotoku, i w okresie bezgorączkowym znajdujemy ciałka czerwone, jądrzaste, wielkości prawidłowych ciałek czerwonych (normoblasty).

Ilość hemoglobiny z początku małym podlega zmianom, później jednak zmniejsza się o 20—30%.

Nadmienić nadto muszę, że we wszystkich przypadkach duru brzusznego w pierwszych dwóch tygodniach a często i w trzecim tygodniu w preparatach krwi świeżej widzieć można twory protoplasmatyczne rozmaitego kształtu a więc kształtu pręcików prostych, pręcików na jednym lub obu końcach kolbkowato zgrubiałych, to znów kształtu kulek okrągłych mniejszych lub większych, mniej więcej wielkości $^1/_{20}$ ciałka czerwonego, czasami po kilka razem złączonych. Twory te są bardzo ruchliwe (to drgając, to znów posuwając się naprzód), utrzymują się dosyć długo, często 24 do 48 godzin, jeżeli preperat zachowaliśmy w termostacie o temperaturze stałej 37°. Zabarwienia prawie żadnego w nich odróżnić nie możemy a światło daleko lepiej załamują niż inne składniki krwi. W preparatach barwionych nie udawało mi się ich wykazać. Jakie one znaczenie mieć mogą i zkąd pochodzą, wstrzymuję się na razie od rozstrzygnięcia, zapisując tylko tę okoliczność.

Odkładając na później dokładniejsze sprawozdanie i omówienie innych przypadków chorobowych już z tych, które powyż przytoczyłem, widzimy, że badanie krwi dać może bardzo ważne wskazówki do rozróżnienia duru brzusznego od zapalenia płuc, zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego, zapalenia śródsierdzia i t. d. a także dla odróżnienia duru brzusznego od gruźlicy prosówkowej, duru osutkowego i zapalenia opon mózgo-rdzeniowych gruźliczego, które w rozpoznaniu sprawiają nieraz wiele trudności, co także wywołuje niepewność w rokowaniu i leczeniu.

Badając jednak krew w tych chorobach, znajdujemy po największej części w zapaleniu płuc, w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych epidemicznem, w zapaleniu śródsierdzia zwiększenie się liczby ciałek białych we krwi a więc leukocytozę i to bardzo nawet znaczną, bo dochodzącą często do 22000 ciałek i więcej w milimetrze sześc., jak to już wskazują nasze powyż przytoczone przypadki i liczniejsze obserwacye Nikodzego, Sadlera, Riedera w zapaleniu płuc, Limbecka w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, Peégo w zapaleniu śródsierdzia, Riedera w gruźlicy prosówkowej, Thumasa-Klejna w durze osutkowym. W zapaleniu opon mózgowych gruźliczem ilość leukocytów jest normalna lub nieznacznie tylko zwiększona.

Wystąpienie więc leukopenii i innych powyżej opisanych zmian w stosunkach ciałek białych w chorobach gorączkowych pozwala nietylko całkiem stanowczo tam, gdzie zawodzą inne środki dyagnostyczne, rozpoznać dur brzuszny, nawet i jego okresy a tem samem wykluczyć inne schorzenia, mające podobne co dur objawy chorobowe.

Zjawienie się leukopenii w durze brzusznym rozmaitym podlega tłómaczeniom i tak: Coblanck twierdzi, że krew naczyń włosowatych mało zawiera leukocytów; Limbeck tłómaczy powstrzymywaniem się od jedzenia; Gabritschewsky wpływem prątków durowych, Buchner i Pee wpływem ich protein a względnie toksyn. Najtrafniejszem jednak wydaje się tłómaczenie Lowita, że leukopenia w ogóle występująca nie tylko w durze brzusznym, ale i w innych chorobach, jak w odrze, niedokrewności złośliwej, marskości zanikowej wątroby, błednicy i dość często w raku gardziela tkwi w przyczynie wywołującej te choroby a tam zaś, gdzie leukopenia powstała skutkiem poprzedzającej ją leukolizy (t. j. rozpadu ciałek białych), ustrój chorobą trawiony nie ma dosyć sił, by przez obfitsze wytworzenie leukocytów mógł zrównoważyć rzeczoną leukolizę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Co się zaś tyczy działania treści kiszek na otrzewną, które Reichel uważa za tak bardzo niebezpieczne, przy-

szedł Trzebicky[149]) na podstawie własnych doświadczeń, podobnych do tych, jakie robił Reichel, do innych wniosków. Różnica ta polega jednak na tem, że Reichel operował zwierzęta dopiero w 16—20 godzin po zakażeniu rany brzusznej kałem, Trzebicky zaś czynił to już w 6—8 godzin po zakażeniu.

W innej pracy doświadczalnej nad niedrożnością jelita zwraca Reichel[150]) uwagę na ważną rolę, jaką odgrywa w zapaleniu otrzewny ruch robaczkowy kiszek. Ruch ten jest u psów tak mocny, że pokonywa nawet znaczne przeszkody, jakie stanowiło ostre zagięcie pętli jelitowej i zeszycie jej w tem położeniu. W przebiegu zapalenia otrzewny następuje, jak wiadomo, porażenie jelita. Zniesienie zaś ruchu robaczkowego wpływa niekorzystnie na resorpcyę bakteryj, oraz substancyj szkodliwych, nagromadzonych w jamie brzusznej.

Zapatrywania Grawitza[151]) co do ważności uszkodzenia otrzewny, potwierdza Weichselbaum[152]); Baumgarten[153]) zaś uważa wyniki Pawlowskyego[154]) za rozstrzygające.

Nowack i Brautigam[155]) wstrzykiwali do jamy brzusznej królików i świnek morskich po 2, 4, 6, 8 i 10 uszek zeskrobanych, agarowych hodowli gronowca ropnego białego, pochodzącego z ciała człowieka zmarłego na ropnicę, oraz po 75—200 cm.³ gazów z jelit; żadne z tych zwierząt nie padło. Do jamy brzusznej 5-ciu królików wstrzyknęli ci autorzy po $^1/_4$, $^1/_2$, 1, $1^1/_2$ i 2 cm.³ świeżego roztartego i przesączonego kału króliczego a nadto wprowadzali po 100—200 cm.³ gazów z jelita. Zwierzęta zniosły ten zabieg zupełnie dobrze a zginęły dopiero po upływie 4—6 tygodni na gruźlicze zapalenie otrzewny. Okazało się, że kał, użyty do tych doświadczeń, był wzięty z osoby dotkniętej gruźlicą.

Burginsky[156]), który zamierzał także wyjaśnić różnicę pomiędzy wynikami Grawitza a Pawlowskyego, przyszedł do tego samego wniosku w tym względzie, co i Reichel[150]), a mianowicie, że wynik doświadczenia zależy głównie od jadowitości użytych hodowli. Przez wprowadzenie do jamy brzusznej pewnej, czystej hodowli gronowca ropnego złocistego, nie wywoływał zapalenia otrzewny. Gdy zwiększył jadowitość tego samego gronowca przez jednokrotne przeprowadzenie go przez organizm zwierzęcy, dany gronowiec, wstrzyknięty do jamy brzusznej w hodowli czystej, sprowadzał chroniczne zapalenie otrzewny. Przez kilkakrotne przeprowadzenie tego samego gronowca przez organizm zwierzęcy jadowitość jego wzmogła się tak, że zastrzyknięty do jamy brzusznej zwierzęcia sprowadzał śmierć jego w ciągu 3 do 4 godzin. Autor zgadza się z Pawlowskym[154]) co do tego szczegółu, iż zapalenie otrzewny, wywołane przez bakterye ropne, posiada charakter ropny tem wybitniejszy, im dłużej po zakażeniu zwierzęta pozostają przy życiu.

Muscatello[157]) wstrzykiwał do jamy brzusznej myszy hodowle *bacterii coli communis*, wyhodowane z ropnia około odbytnicy, o którego własności ropotwórczej przedtem się przekonano. Drobnoustrój ten, który wstrzyknięty podskórnie lub wprowadzony do przedniej komórki oka sprowadzał ropienie, w jamie brzusznej zapalenia nie wywoływał.

Kraft[158]) wyhodował z 8 przypadków rozlanego zapalenia otrzewny drobnoustroje ropne, oraz laseczniki, których bliżej nie określił. Po wprowadzeniu stosunkowo wielkich ilości tych laseczników do jamy brzusznej zwierząt występowała ogólna *sepsis*; można było wykazać laseczniki te we krwi i organach zwierząt padłych, ich otrzewna nie przedstawiała jednak żadnych zmian patologicznych. Mniejsze dawki tych laseczników bywały przez zwierzęta dobrze znoszone, gdy je wprowadzono do brzucha w czystej hodowli; lecz te same dawki wywoływały *sepsis*, gdy je wprowadzono razem z pożywką agarową, w tym bowiem razie nie mogły one zostać wchłonięte w czasie tak krótkim, jak to było po wstrzyknięciu do jamy brzusznej laseczników w hodowli czystej. Laseczniki te ropienia w jamie brzusznej nigdy nie wywoływały.

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej bakteryj ropnych w wielkich ilościach, występowała tak samo ostra *sepsis* bez zmian patologicznych otrzewny; po wprowadzeniu mniejszych ilości bakteryj ropnych występowało krwotoczne zapalenie otrzewnej; jeszcze mniejsze zaś dawki tych samych bakteryj wywoływały włóknikowo ropne zapalenie tej błony. Kraft wywoływał wszystkie formy zapalenia otrzewny, nawet formę ropną, przez wprowadzanie do jamy brzusznej sterylizowanych hodowli bakteryj ropnych; wysięk ropny w tych doświadczeniach bakteryj nie zawierał. Wynik ten jest zupełnie sprzeczny z wynikami Pawlowskyego[159]). Kraft przyszedł do wniosku, że bakterye ropne, wprowadzone do jamy brzusznej zwierząt, wywołują formę ropną zapalenia otrzewny; zgadza się jednak w zupełności na to, że małe ilości tych bakteryj znosi organizm bez szkody.

Fraenkel[160]) wywoływał u myszy zapalenie otrzewny włóknikowo ropne przez wprowadzenie do ich jamy brzusznej paciorkowców ropnych, wyhodowanych z ropnego wysięku brzusznego.

A. Fraenkel[161]) wstrzykiwał do jamy brzusznej zwierząt hodowle paciorkowca ropnego oraz gronowca ropnego złocistego rozmaitego pochodzenia i różnego wieku jako zawiesinę w sterylizowanym, fizyologicznym roztworze soli kuchennej, bulionie, żelatynie oraz naturalnych wysiękach. Autor nie widział, by w wyniku doświadczeń występowały różnice, zależne od płynu, w którym wprowadzano bakterye do brzucha.

Autor wprowadzał do jamy brzusznej paciorkowce ropne 23 razy: 9 zwierząt padło, z nich 2 na rozlane ropne zapalenie otrzewny, (po wstrzyknięciu 1,5 cm³ hodowli 2-ej generacyi) a 1 na krwotoczne zapalenie otrzewny (po wstrzyknięciu 0,5 cm³ hodowli 3-ej generacyi); 14 zwierząt zniosło zabieg dobrze, nawet po wstrzyknięciu 3, 4 i 8 cm³ hodowli paciorkowca.

Na 16 zwierząt, którym autor wstrzyknął do brzucha gronowiec ropny złocisty, 9 zwierząt padło w ciągu 20 godzin do 15 dni po zabiegu. U zwierząt, padłych w 20 godzin po zabiegu, nie można było wykazać zmian patologicznych otrzewny. U zwierzęcia, padłego w 24 godzin po zabiegu, było zapalenie otrzewny surowiczo włóknikowe. U zwierząt padłych po upływie 3—5 dni rozlane zapalenie ropne, u zwierząt zaś padłych po 15 dniach, okazały się tylko miejscowe zmiany otrzewny w postaci otorbionych ropni.

Autor wstrzyknął do jamy brzusznej 4-ch królików ropę, zawierającą żyjące stafilokoki ropne; trzy zwierzęta padły: jeden królik w 24 godzin po zabiegu i u tego zwierzęcia zmian patologicznych otrzewny nie było; 2 inne po upływie 3 i 4 dni padły na ropne zapalenie otrzewny, wreszcie jeden królik zniósł zabieg dobrze. Ropę zaś, zawierającą żyjące paciorkowce wstrzyknął autor do jamy brzusznej 5-ciu królików i 2 psów. Króliki padły; z nich 3 w 24 godzin po zabiegu: u jednego z nich w jamie brzusznej nie było wysięku, u dwu pozostałych wysięk surowiczy. Psy zniosły zabieg dobrze.

Z doświadczeń tych wynika, że na 51 zwierząt, zakażonych bakteryami ropnemi, 24 znosiły ten zabieg; część tych zwierząt chorowała jednak w ciągu pierwszych 24—48

---

149) Trzebicky: O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewny.
150) Reichel: l. c.
151) Grawitz: l. c.
152) Weichselbaum: l. c.
153) Baumgarten: Lehrbuch der pathologischen Mycologie.
154) Pawlowsky: l. c.
155) Nowack und Brautigam: l. c.
156) Burginsky: Ref. w Baumgartens J. B. T. VII. 1891. p. 35.
157) Muscatello: Sopra un caso di suppuratione prodotta dal Bacillo coli communo. Riforma medica. 1891. p. 145. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. XII., 1892., Nr. 6., p. 203.
158) Kraft: l. c.
159) Pawlowsky: l. c.
160) E. Fraenkel: l. c.
161) A. Fraenkel: l. c.

godzin. Zwierzęta te nie przyjmowały pokarmu, leżały apatycznie, oddech ich był przyspieszony. A. Fraenkel sądzi, że choroba ta nie polegała na zmianach miejscowych w otrzewnej, lecz że powstała skutkiem przejściowego, ogólnego zakażenia. Choroba trwała dopóty, dopóki fagocytoza oraz własności bakteryobójcze krwi nie pokonały bakteryj i w ten sposób nie obroniły organizmu. Autor uważa, że nawet po zupełnej resorpcyi bakteryj z jamy brzusznej może nastąpić śmierć wskutek ostrego zatrucia. Wysięki otrzewnowe z jednej strony służą bakteryom za dobrą pożywkę, z drugiej zaś sama sprawa wytwarzania się tych wysięków do pewnego stopnia chroni organizm od zakażenia, gdyż przez tę sprawę zostaje upośledzoną resorpcya. A. Fraenkel dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że wbrew twierdzeniom Grawitza[162]) można przez samo działanie bakteryj chorobotwórczych, nie wprowadzając żadnych czynników, sprawiających jakąś miejscową predyspozycyę, wywołać zapalenie otrzewny o przebiegu analogicznym, jak w przypadkach, obserwowanych w klinice. Autor ten stara się potwierdzić swoje zapatrywanie obserwacyami klinicznemi, z których wynika, że w przypadkach zapalenia otrzewny pochodzenia jelitowego odgrywa poważną rolę *bacterium coli commune*, które wywołuje rozmaite formy zapalenia otrzewny, między innemi i formę ropną. Po nacięciu jelita cienkiego, które zapuszczano do jamy brzusznej, występowało ogólne zapalenie otrzewny z wybroczynami w sieci i obrzękiem śledziony; w wysięku otrzewnowym znajdywał *bacterium coli commune;* bakterya ta ma być według autora głównym czynnikiem, wywołującym sprawy zapalne w kiszce ślepej oraz jej sąsiedztwie.

A. Fraenkel wstrzykiwał do jamy brzusznej królików 4—5 cm³ hodowli *bacterii coli communis*, sterylizowanej 2 razy po godzinie w 55—60⁰; hodowle te nie miały żadnego działania na otrzewnę. Hodowle zaś, sterylizowane przez 1—2 godzin w 50—55⁰, których więc sterylizacya nie była zupełna, wywoływały chorobę o przebiegu chronicznym, kończącą się śmiercią zwierzęcia po upływie 14 dni po zabiegu.

W końcu przychodzi autor do tego samego przekonania, co i wielu jego poprzedników, że forma ropna zapalenia otrzewny jest dobrotliwa, gdyż jest wyrazem względnie słabej jadowitości bakteryj, które ją wywołały i że na wytworzenie się tej formy potrzeba dłuższego czasu, aniżeli na wytworzenie się innych, złośliwszych form zapalenia otrzewny.

Rodet i Roux[163]) wywoływali przez wstrzyknięcie 1 cm³ hodowli bulionowej *bacterii coli communis* do jamy brzusznej świnki morskiej wysięk krwotoczny, przekrwienie otrzewny, wybroczyny, złogi włóknikowe, obrzęk śledziony, ropnie wątroby, wysięk surowiczy w jamach opłucnych i osierdziu oraz obrzęk kęp Peyera.

W doświadczeniach Lesage'a i Macaigne'a[164]) świnki morskie znosiły dobrze wprowadzenie do jamy brzusznej do 1,5 cm³ hodowli bulionowej *bacterii coli communis*, wyhodowanego z normalnego kału dziecka.

Bacterium coli zaś, które wskutek jakichkolwiek wpływów nabrało własności jadowitych, wywoływało u świnek morskich zapalenie otrzewny.

Krogius[165]) wyhodował z 12 przypadków spraw zakaźnych w drogach moczowych *bacterium coli commune*, które wstrzyknięte podskórnie wywoływało ropienie. Mikroorganizm ten, wstrzyknięty do jamy brzusznej królików nie wywoływał zapalenia otrzewny; stało się to tylko w jednem doświadczeniu, w którem powstało zapalenie otrzewny surowiczo włóknikowe.

W doświadczeniach Silberschmidta[166]) po wprowadzeniu do jamy brzusznej sterylizowanego kału lub produktów bakteryjnych rozmaitych gatunków, nie występowało zapalenie otrzewny; gdy zaś do substancyj tych dodano żyjące bakterye, choćby w bardzo nieznacznej ilości, powstawało zakaźne zapalenie otrzewny.

Kruse i Pansini[167]) wstrzykiwali do jamy brzusznej psów po 3 cm³ hodowli pneumokoków o znacznej jadowitości. Psy znosiły ten zabieg zupełnie dobrze; padały zaś po podskórnem wstrzyknięciu tej samej hodowli w równej dawce.

Wertheim[168]) wywoływał u zwierząt zapalenie otrzewny przez wprowadzenie do ich jamy brzusznej gonokoków w hodowli czystej.

Walthard[169]) badał drogą doświadczalną ropne zapalenie otrzewny, występujące po operacyach ginekologicznych. W tym celu wykonywał on na królikach czasem ciężarnych nadpochwowe wycięcie macicy sposobami Schroedera i Kochera. Powierzchnia surowicza odciętej od krążenia macicy po dłuższem wystawieniu jej na działanie powietrza traciła połysk; po takich operacyach nie powstawało nigdy zapalenie otrzewny. W innym szeregu doświadczeń wstrzykiwał Walthard po zoperowaniu macicy do krwi następujące bakterye w czystej hodowli: gronowiec ropny złocisty, *bacterium coli commune* oraz bakteryę, którą wyhodował z przypadku zapalenia wola. W tych okolicznościach również nie powstawało zapalenie otrzewny; a więc przy bakteryemii samo mechaniczne uszkodzenie otrzewny nie wystarczało do powstania zapalenia tej błony. Po dokonaniu operacyi na macicy zakażał autor w innym szeregu doświadczeń pochwę przez wprowadzenie do jej światła wymienionych bakteryj. Raz jeden tylko powstało zapalenie otrzewny i to w przypadku, w którem puścił szew. Następnie po dokonaniu operacyi na macicy zakażał autor przewód pokarmowy przez wprowadzenie do jego światła zapomocą sondy żołądkowej hodowli gronowca ropnego złocistego, odznaczającego się wielką jadowitością. Występowało rozlane, ropne zapalenie otrzewny; najcięższe zaś zmiany występowały około macicy, w obrębie pola operacyjnego.

Po samem wprowadzeniu do przewodu pokarmowego 25 królików po ¼, ½, 1, 2 i 5 cm.³ hodowli gronowca ropnego złocistego, *bacterii coli communis*, bakteryi wyhodowanej z przypadku zapalenia wola, *bacilli pyocyanei* i *bacilli acidi lactici* nigdy nie powstawało zapalenie otrzewny, nawet wówczas, gdy jadowitość tych bakteryj wzmogła się znacznie przez przeprowadzenie ich przez organizm myszy.

Autor dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że same bakterye nawet po szkodliwem zadziałaniu powietrza na otrzewną, oraz wobec istniejącego uszkodzenia jej powierzchni surowiczej nie są w stanie wywołać zapalenia tej błony. Ażeby bakterye mogły wywrzeć działanie chorobotwórcze na otrzewnę, musi ona być do tego niejako przygotowaną. (Ciąg dalszy nastąpi).

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: Kilka słów o zaćmie wtórorzędnej i jej operacyi.

Zaćma wtórorzędna jest to zaćmienie źrenicy, powstające po wydobyciu soczewki lub jej wessaniu, bądź to w następstwie zabiegu operacyjnego, bądź też w skutek urazu a powstaje albo w skutek pozostania resztek soczewkowych w źrenicy albo bujania komórek śródbłonkowych torebki lub też w skutek złożenia wypociny zapalnej, tworzącej się, gdy po wydobyciu soczewki powstanie jakieś zapalenie jagodówki.

Zaćma wtórorzędna może być albo zwykła albo powikłana. Pierwsza jest zmianą wyłącznie torebkową bez udziału zapalenia, druga powstaje w skutek zmian zapalnych jagodówki a towarzyszą jej zawsze szerokie, tylne przyczepiny tęczówkowe. Jeśli soczewki nie wydobyto wraz z torebką

---

[162]) Grawitz: l. c.
[163]) Rodet et Roux: l. c.
[164]) Lesage et Macaigne: l. c.
[165]) Krogius: l. c.
[166]) Silberschmidt: l. c.
[167]) Kruse und Pansini: l. c.
[168]) Wertheim: l. c.
[169]) Walthard: l. c.

(sposób Paggenstechera), zaćma wtórorzędna zwykła powstanie zawsze; jest jednakże bez znaczenia dla wzroku, jeśli jest poza obrębem źrenicy. Znajdująca się w źrenicy, choćby bardzo cienka zaćma wtórorzędna może dość znacznie wzrok upośledzać, gdyż marszczy się lub grubieje, lub też osiadają na niej drobne kryształki soli, przez co światło do oka wpadające zostaje bądź rozproszone bądź też powstrzymane. Zdarza się to nader często.

Zaćma wtórorzędna powikłana powstaje zawsze w skutek cierpienia jagodówki a powstaje tem łatwiej, im więcej buja śródbłonek pozostałej torebki soczewkowej. Błona powstająca w źrenicy, przyrosła do tęczówki może dojść do takiej grubości, że wcale nie przepuści światła do oka.

Poprawić wzrok możemy w tych razach tylko za pomocą jakiejś operacyi a wybór metody zabiegu zależy jedynie od postaci zaćmy. Jednakże póki jest, chociaż najsłabszy stan zapalny, nie należy oka ruszać, lecz czekać, choćby i miesiące, póki oko zupełnie się nie uspokoi. Gdy chwila stósowna nadeszła, robi W. sposobem Weckera iridotomię (nożyczkami albo podług Alcorena nożem Graefego). Ponieważ przy tym zabiegu powstaje nieraz dość obfite wynaczynienie, należy potem robić zimne okłady lub postawić kilka pijawek na skroni, by w ten sposób przyspieszyć wessanie krwi i prędzej przekonać się o wyniku operacyi. Otwór operacyą uzyskany może się jednakże znowu zamknąć. Przyczyną tegoż jest zwykle jakieś cierpienie ogólne (kiła) i dlatego należy poddać chorego leczeniu ogólnemu.

Jeśli błona w źrenicy jest gruba i są liczne tylne przyczepmy, należy zrobić irydektomią, o ile jej już poprzednio nie zrobiono a potem starać się wydobyć błonę szczypczykami i odciąć. Gdyby ten zabieg okazał się płonnym, należy wejść do oka nożyczkami i wyciąć w błonie mały trójkąt. Do polepszenia wzroku nie trzeba koniecznie usuwać całej błony ze źrenicy; wystarczy, gdy powstanie w źrenicy czarny otwór, choćby mniejszy, niż źrenica. Gdyby do ranki operacyjnej opadła tęczówka, należy ją reponować a gdy zabieg ten się nie uda, części opadłe odciąć; tak samo odcina się opadłe ciało szklane.

Zaćmy wtórorzędne zwykłe poddaje W. dyscysyi i to nożem Knappa, wkłówając go na granicy rogówkowo-twardówkowej w promieniu rogówki, przeciwnym największej grubości błony. Nożem tym lepiej można zrobić otwór w błonce źrenicznej, niż igłą Bowmana a przytem nie wypróżnia się komórka, co u starszych ludzi jest nader ważnem, (gdyż zmiany ciśnienia śródgałkowego mogą wywołać krwotok śródoczny).

Sposób ten nazywa W. *scleronyxis anterior* i uważa go za zabieg o wiele lepszy od innych zabiegów, gdyż ranka operacyjna znajduje się już w obrębie tkanki unaczynionej, zatem trudno ulega zropieniu, dobrze się goi, nie pozwala na odpływ cieczy wodnej, nie wywołuje oczywiście plamki rogówkowej, która choć mała w przebiegu gojenia się nieprawidłowego może znacznie wzrok upośledzić i udaremnić usiłowania operatora a prócz tego, co też jest ważne, chory już w 48 godzin wyjść może z pod opieki lekarza. *(Nowiny lekarskie.* Czerwiec 1895). *Dr. Brudzewski.*

Higiena.

A. Gutzmann: **Wpływ szycia na maszynie na narząd rodny kobiety.**

Przy badaniu 356 kobiet szyjących na maszynie pokazało się, iż praca trwała u nich dziennie od 5 do 18, u 80% od 6 do 12 godzin i obejmowała okres 1 do 33 lat. Wiek wynosił od 16 do 60 lat, jednakowoż tylko 10% szwaczek przebyło już klimakteryum. Na 275 zamężnych było 71 stanu wolnego. Ze zbadania ich narządu rodnego pokazało się, iż zmiany zapalne części dodatkowych i samejże macicy są u szyjących na maszynie o wiele częstsze, niż u innych osób; toż samo tyczy się poronienia i zgięcia macicy ku tyłowi u osób, które nie rodziły, a było ich z ogólnej liczby 19·2%.

Na podstawie tego radzi autor: 1) osoby mające od 14 do 16 lat winny wykazać się świadectwem lekarskiem, iż ich rozwój cielesny pozwala na zajęcie się szyciem maszynowem; 2) dopiero w 20 roku życia wolno oddać się całkowicie szyciu na maszynie, przyczem dziennie nie wolno pracować nad 10 godzin; 3) po 1 do 2 godzinnej pracy winien następować krótki odpoczynek; 4) szycie na maszynie nie jest dozwolone: przed samą menstruacyą, podczas niej, w ciąży i w połogu (przez 6 tygodni) tudzież w chorobach narządu rodnego. *(Rozprawa inauguralna.* Berlin 1895). *R.*

Choroby dzieci.

Laubinger: **Leczenie krztuśca za pomocą podskórnych wstrzykiwań rozczynu** *chininum bimuriaticum.*

Dotychczasowe pomyślne wyniki leczenia krzuśca wewnętrznem podawaniem chininy, skłoniły L. do próbowania wstrzykiwań podskórnych tego środka w przypadkach, gdy nie znosi dziecko chininy wewnętrznie podanej. W tym celu używał on trzech rozczynów a mianowicie 10 grm. *chininum bimuriaticum* na 10 grm. wody przekroplonej lub 6 grm. na 14 grm. wody, wreszcie 5 grm. chininy na 15 grm. wody. Zastrzykiwania te wykonywano raz lub dwa razy na dzień, za pomocą zwykłej strzykawki Pravaza. W dawce trzymano się tej zasady, aby zastrzykiwać tyle decygramów, ile dziecko liczy lat, uwzględniając jednak dzieci słabsze.

Wyniki osiągnięte przez autora są bardzo zachęcające, widział on bowiem po zastrzykiwaniach niejednokrotnie poprawę już od pierwszych dni a mianowicie zmniejszenie się częstości napadów kaszlu i ich siły, ustępowanie zupełne uporczywych nawet wyniotów. Wprawdzie nie przekonano się, aby choroba trwała krócej, to jednak nawet w ciężkich przypadkach można było stwierdzić w przebiegu choroby wyraźny zwrot ku lepszemu tak, że nawet te przypadki kończyły się pomyślnie. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* XXXIX. 1895). *Dr. Raczyński.*

Hochstetter: **Leczenie krztuśca za pomocą przemywań gardła sublimatem.**

Przed kilku miesiącami ogłosił Raubitschek znakomite wyniki leczenia krztuśca osiągnięte za pomocą przemywań gardła rozczynem sublimatu. Sposób podany przez niego jest następujący: za pomocą zwykłych szczypczyków wprowadza się wacik umoczony w 1‰ roztworze sublimatu aż do korzenia języka i za pomocą odpowiednich ruchów stara się, aby płyn ten zetknął się z błoną śluzową nakrywki głośni i części otaczających; przy wyprowadzaniu wacika z gardła dotknąć należy także łuków podniebiennych i migdałków. Przemywanie w przypadkach cięższych codzienne, w lżejszych co drugi dzień już sprowadzać miało znakomitą poprawę.

Hochstetter leczył tą metodą 10 chorych na krztusiec dzieci, rezultaty jego jednakże nie były świetne; w tych bowiem 10 przypadkach widziano tylko w 2 zupełnie pomyślny wynik, t. j. zmniejszenie się liczby napadów kaszlu, w 2 leczenie pozostało zupełnie bez skutku, w 5 dostrzeżono niejaką poprawę, jeden przypadek skończył się śmiercią niezależnie od leczenia. Niejednokrotnie zmuszonym się widział H. celem osiągnięcia poprawy powtarzać przemywania dłuższy czas lub też używać rozczynu sublimatu nie 1‰, ale 2‰.

Ostatecznie sądzi H., że sposobu podanego przez R. można użyć jako dodatkowego leczenia krztuśca tem bardziej, że dzieci znoszą go dobrze, nie można go jednak uważać za środek niezawodny. *(Revue mensuelle des malad. de l'enfance* Avril 1895). *Dr. Raczyński.*

Otyatrya.

Haug (w Monachium): **Przyczynek do ocenienia przerostu kości skalistej.**

Gdy jedni uważają stwardnienie kości w ropotoku usznym za korzystne i jako wał ochronny przeciw rozszerzeniu się ropienia ku oponom i mózgowi, upatrują w niej inni

przeciwnie wielkie niebezpieczeństwo i powikłanie zgubne, życiu zagrażające. Na podstawie wyczerpującego roztrząsania tej kwestyi i badań klinicznych i anatomo-patologicznych wykazuje autor słuszność ostatniego zapatrywania, albowiem przerost kości skalistej nie zajmuje równo wszystkich części kości, tylko zwykle przeważnie część sutkową, szczególnie obwodowe jej warstwy, przez co kość tutaj staje się słoniowata, zbita, bez żadnych wolnych przestworów. W skutek tego ropa nie może sobie utorować drogi na zewnątrz, zatrzymuje się, rozpada, gnije, nadżera mniej odporne części środkowe i targnie się do jamy czaszkowej. Podobnie jak wyleczenie samodzielne przez przebicie ropy na zewnątrz, tak również pomoc chirurgiczna staje się przez to powikłanie utrudniona. Ale także rozpoznanie, dla którego w innych przypadkach zapalenia kości mamy pewne objawy, tutaj jest bardzo trudnem, gdyż przemawiają za niem zaledwie niejakie wskazówki. Za taką należy uważać przedewszystkiem długie trwanie choroby; ze spostrzeżeń bowiem wynika, że ropienie z ucha w przypadkach zgrubienia kości zawsze już trwało kilka lat. Zgęszczenie kości rozwija się tedy w skutek ciągłego drażnienia zapalenia długotrwającego, należy je zatem uważać za wytwór chronicznego ropienia.

Najczęściej znajduje się stwardnienie kości sutkowej w sprawach przewlekłego ropienia w górnym przestworze bębenkowym i u chorych w wieku między 20—40. r. życia. Ropienie bywa przytem zwykle nie bardzo obfitem, ale zawsze silnie cuchnącem i bardzo często łączy się z wytworzeniem ziarnin, względnie uklejów. Ważną wskazówkę stanowi ścieśnienie światła przewodu zewnętrznego. Bardzo często tylna ściana tego przewodu jest wypukloną, ale nie bolesną, skóra nad nią bez zmiany. Okolica sutkowa na zewnątrz również nie bywa zmienioną; za to wypukiwanie kości sutkowej wprost samym tylko palcem wydaje w przypadkach stwardnienie ton nadzwyczaj jawny, ostry i twardy; zwykle tacy chorzy skarżą się na ból głowy w okolicy skroni strony zajętej, na znużenie i t. p. Ręka w rękę idzie z tem zajęcie psychiczne, ociężałość, albo przeciwnie chorobliwa drażliwość. W sprawach dalej posuniętych objawiają się podniesienie ciepłoty ciała, drżenie ócz, zawrót optyczny, zaburzenia koordynacyjne, zrywanie się do wymiotów, objawy, które przemawiają z największem prawdopodobieństwem za ogniskiem wypocinowem ku wnętrzu czaszki pracem, którego odpływaniu na zewnątrz drogą naturalną stoi na przeszkodzie przerost kości.

Przewlekłe zaś sprawy nieżytowe ucha środkowego, zdaje się, nie zdołają sprowadzić podobnego zgęszczającego zapalenia kości, jak to wynika z innych badań autora. *(Archiv f. Ohrenheilk.* T. 37. Z. 3, 4). *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

97. K. Berger: O leczeniu przewlekłego zaparcia żywota wielkiemi lawatywami z oliwy (z sanatoryum Dra Kadnera w Niederlossnitz). Fleiner w Heidelbergu zalecał na podstawie własnego doświadczenia jeszcze w roku 1893. wielkie lawatywy z oliwy do leczenia tak atonicznego, jak i osobliwie spastycznego przewlekłego zaparcia żywota, ale zdaje się, iż głos jego przebrzmiał bez skutku, gdyż prócz Rosenheima i Bluma nikt w tej sprawie nic nie ogłosił.

Wobec ważności sprawy ze stanowiska tak lekarza jak i pacyentów, wobec tego, że w chronicznem zaparciu żywota, osobliwie formie jego spastycznej nie mamy środków trwale skutecznych, postanowił autor iść za radą Fleinera i użył w 41 przypadkach wielkich lawatyw z oliwy. Z tych 41 przypadków należało 19 do formy spastycznej, 10 do formy atonicznej a 12 do mieszanej. Odjąwszy 3 przypadki, w których obserwacya trwała za krótko, pozostaje się 38 przypadków, z których 34 wyleczono stale, otrzymano więc skutak, którego nie można było uzyskać żadnym z innych, dotychczas używanych sposobów terapeutycznych.

Pod względem technicznym poszedł autor przeważnie za Fleinerem i w ułożeniu chorego na łokciach i kolanach w celu otrzymania w żywocie ciśnienia ujemnego wpuszczał do jelit u mężczyzn po 500, u kobiet po 400 cm.³ czystej chemicznie oliwy (z fabryki Gehego i Spółki), ogrzanej do temperatury ciała a wpuszczał powoli (przez 20 do 30 minut) za pomocą zwykłego irygatora z nasadką kształtu oliwki z wysokości około [illegible] cm. Po tej operacyi leży chory z podniesioną miednicą przez kwadrans na lewym a następnie również przez kwadrans na prawym boku. Później może chory zająć jakąkolwiek pozycyą, ale, by uniknąć powalania odzieży oliwą, pozostaje w łóżku z podkładem nieprzemakalnym aż do skutku.

Wszyscy chorzy czują dostawanie się oliwy do okrężnicy poprzecznej *(colon transversum)* a niektórzy nawet do okrężnicy wstępującej *(colon ascendens)*. Skutek po lawatywie z oliwy występował zwykle w 4 do 5 godzin. Stolec bywał albo taki jak zwykle przedtem, albo wolny; niekiedy nie było go całkiem a wtedy lawatywa z wody wystarczała do jego wywołania. Właściwe działanie oliwy objawiało się zwyczajnie dopiero dnia następnego w postaci dwóch lub trzech wypróżnień, zwykle wolnych, zawierających często wolną żółć.

Wydzielanie się oliwy ze stolcami trwało zwykle 5 do 6, niekiedy 10 dni, przyczem wypróżnienie samo było prawidłowe i następowało samodzielnie ku wielkiej pociesze chorych, osobliwie hipochondrów i neurasteników.

Z drugą lawatywą z oliwy czekał autor aż do czasu, w którym nie było samodzielnego wypróżnienia, a w takim razie dawał następnego dnia znów lawatywę z oliwy. W ten sposób mijało zwykle 10 do 21 dni bez potrzeby nowej lawatywy, co ze stanowiska ekonomicznego zasługuje na uwagę. Po jednej lub dwu lawatywach z oliwy przewód pokarmowy, wypróżniał się miesiącami prawidłowo, t. j. samodzielnie, oczywiście przy odpowiedniej dyecie a pojąć łatwo, jak pożądanym jest taki skutek ze względu nawet na stan ogólny.

Fleiner zaleca lawatywy z oliwy także i w zapaleniach jelit, mianowicie grubych, autor nie wydaje jednak o tem żadnego zdania z braku własnego doświadczenia.

Lawatywy z oliwy nadają się bardzo do użycia praktycznego dla pewności skutku, łagodności działania i oszczędzania żołądka; są zatem prawdziwem wzbogaceniem arsenału leczniczego w chorobach przewodu pokarmowego. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 25. Lipca 1895).

98. Eulenburg: Zbiorowa statystyka leczenia błonicy (z Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie). Autor zdaje sprawę z badania zbiorowego nad leczeniem błonicy, dokonanego z inicyatywy redakcyi *Deutsche medic. Wochenschrift.* Statystyka ta obejmuje czas od 1. Października 1894. do 31. Marca 1895. i materyał pochodzący nie tyle ze szpitali, ile z praktyki prywatnej, z rozmaitych miejsc i rozmaitych warstw ludności. Mianowicie leczono 5790 chorych surowicą swoistą; z nich zmarło 552 = 9·5%; 4450 chorych bez surowicy swoistej, z nich zmarło 652 = 14·7%, razem więc 10240 chorych, z których zmarło 1204 = 11·7%.

W szczególności leczono chorych od 1—2. roku życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy 21·7%, bez surowicy 39·5%; od 2—10. roku życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy 8·8%, bez surowicy 15·2%; nad 10 lat życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy 4·1%, bez surowicy 3·8%.

Śmiertelność w przypadkach leczonych surowicą od 1. lub 2. dnia choroby wynosiła 4·2%, w przypadkach zaś, w których leczenie tym środkiem rozpoczęło się później, 16·8%. *(Berliner klin. Wochenschrift* 22. Lipca 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 1. Sierpnia 1895 r.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lek. gal. odbytem we Lwowie dnia 6. Lipca 1895 r. zostali wybrani do Rady Zawiadowczej: prezesem Dr. Józef Merunowicz, wiceprezesem Dr. Zdzisław Lachowicz, skarbnikiem Dr. Edward Festenburg, podsekretarzem Dr. Edward Mukowicz, członkami rady Dr. Karol Smutny i Dr. Grzegorz Ziembicki, sekretarzem jeneralnym Dr. Michał Świątkiewicz. Delegatami Towarzystwa lekarskiego krakowskiego do Rady Zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. są koledzy Drowie Władysław Bylicki i Hilary Schramm.

Wszelkie przesyłki pieniężne przeznaczone do kasy Towarzystwa lekarskiego galic. należy odtąd posyłać na ręce Dra Edwarda Festenburga (Lwów, ul. Dominikańska l. 11), inne pisma do rąk prezesa Dra Józefa Merunowicza lub do sekretarza jeneralnego Dra Michała Świątkiewicza (Lwów, ul. Grodzickich l. 1).

Lwów dnia 18. Lipca 1895.

Dr. Świątkiewicz — Sekretarz jeneralny Tow. lek. galic.

Dr. Merunowicz — Prezes.

— Nadesłano nam z prowincyi wycinek z dziennika wychodzącego w małem mieście a opisujący jaskrawo rozwielmożnienie się tamże partactwa lekarskiego. Spodziewamy się, że w interesie tak ustawy i stanu lekarskiego, jak i cierpiącej ludzkości czynniki właściwe zbadają prawdziwość podanych drukiem do ogólnej wiadomości szczegółów i położą kres praktyce lekarskiej osoby do niej nieuprawnionej, sądzimy wszakże, iż koledzy na miejscu przebywający powinni sami dopomódz władzy do powstrzymania nadużycia.

— Najnowszy (30) numer *Centralblatt für Chirurgie* zawiera na swym czele pracę Dra L. Kryńskiego w Krakowie: *O wpływie ropienia aseptycznego wywołanego sztucznie na przebieg nowotworów złośliwych*, ogłoszoną niedawno w *Przeglądzie lekarskim*.

— Według wykazu sporządzonego z polecenia ministra robót publicznych, ma Francya obecnie używanych źródeł mineralnych 1044, między któremi jest 358 alkalicznych, 318 siarczanych, 219 słonych a 149 żelezistych. Najbogatszym w zdroje mineralne jest departament Puy-de-Dôme, liczy ich bowiem 96. W 23 departamentach nie ma żadnych zdrojów leczniczych. Zdrojów używa do kąpieli lub picia rocznie 600000 osób.

— Po raz pierwszy w roku 1897. przyjdzie z fundacyi t. zw. Parkesa, założonej przez niemieckiego lekarza w Londynie, Dra Hermana Webera do wypłaty nagroda konkursowa wynosząca koło 3000 marek i medal bronzowy za najlepszą pracę napisaną na temat: *Środki profilaktyczne lub terapeutyczne przeciw gruźlicy, mianowicie u człowieka*. Prace konkursowe muszą opierać się na własnych badaniach i spostrzeżeniach autora, tudzież mieścić w sobie dokładny opis użytych metod. Rękopisy muszą być sporządzone za pomocą maszyny do pisania i w języku angielskim lub przynajmniej musi być do nich dołączone tłómaczenie angielskie. Sędziami prac na konkurs nadesłać się mających są J. E. Pollock, Thorne Thorne i W. S. Greenfield.

— W dniu 7. b. m. odsłoniętą będzie w szpitalu Lungegaard w Bergen w Norwegii tablica poświęcona pamięci słynnego lekarza norweskiego Danielssena, zasłużonego na polu badania trądu.

— Wiedeńskie Towarzystwo psychiatryczno-neurologiczne odbędzie swe ogólne zgromadzenie w roku bieżącym w Pradze 4. i 5. Października. Z wykładami i demonstracyami z zakresu psychiatryi, neurologii i psychiatryi sądowej należy zgłaszać się do 8. Września do profesorów Krafft-Ebinga lub Obersteinera w Wiedniu albo Picka w Pradze. Szczegółowy program wyjdzie z druku w połowie Września.

— Na posiedzenia ogólne zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy odbyć się mającego w roku bieżącym w Lubece między 16. a 21. Września zapowiedzieli z zakresu nauk lekarskich odczyty: G. Klebs z Bazylei: Kilka zagadnień z fizyologii płodzenia; Behring: W sprawie surowicy leczniczej; Riedel: O operacyach chirurgicznych w mózgu. W sekcyach lekarskich liczba zapowiedzianych odczytów nie zbyt znaczna; natomiast zaszła ta zmiana, iż wiele tematów poddanych będzie dyskusyi na posiedzeniach kilku połączonych sekcyj. Tak n. p. z obecnego stanu terapii błonicy zdawać mają sprawę Heubner i Soltmann w połączonych sekcyach pedyatrycznej, chorób wewnętrznych, chirurgicznej i oftalmiatrycznej; o chorobie Basedowa mówić będą Martius i Berlin na posiedzeniu wspólnem sekcyj chorób wewnętrznych, chirurgicznej i oftalmiatrycznej. Sekcya okulistyczna, w której zapowiedziano dotychczas tylko dwa odczyty, weźmie udział wspólnie z innemi sekcyami w dyskusyi nad 11 tematami. W ten sposób zbliżą się na zjeździe do siebie rozmaite sekcye, co może wypaść tylko na dobro nauki.

— **Miejsce dla lekarza** w Sosnowicy w gubernii lubelskiej. Bliższej wiadomości udzieli P. J. Zawadzki, aptekarz miejscowy przez Zamołodycze w Sosnowicy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Montpellier profesor anatomii patologicznej, **Kiener**. — W Budapeszcie Dr. **A. Takacs**, docent neuropatologii. — W Tybindze Dr. **Nagel**, profesor okulistyki. — W Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech Dr. **Sebastyan Ventura**, przez lat 40 tamtejszy lekarz kąpielowy i koło rozwoju tego zdrojowiska bardzo zasłużony.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 30. Z. Kramsztyk: Władysław Matlakowski, życiorys. R. Jasiński: Władysław Matlakowski jako chirurg. A. Ciechomski: Władysław Matlakowski jako ordynator szpitalny. S. Witkiewicz: Matlakowski i sztuka ludowa. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie 8-mym, M. Warszawski: Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie i na przebieg kanałów Gaertnera. — W *Medycynie* Nrze 30. B Motz: O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza (dokończenie). L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych (dokończenie). — W *Przewodniku higienicznym*, Zeszycie lipcowym, S. Alberti: Sprawozdanie chemika miejskiego krakowskiego z czynności w r. 1894. Ciechanowski: O odwietrzaniu odchodów. Obtułowicz: Kilka słów o dobroci krowianki krajowej.

Sprostowanie. W Nrze 30. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Jeża na str. 450, szpalta II., wiersz 11. z góry zamiast: neutrofilnych 65%, powinno być: neutrofilnych 68% i na str. 451, w rubryce leukocytów w 1 mm.^{3} wiersz 5. od dołu zamiast: 160000, ma być: 16000.

Od administracyi.

Wny Dr. *M. N. w B.* gub. Lubelska. Prenumerata zalega za rok bieżący (6 rs.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 10. Sierpnia 1895 r. Nr. 32.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 6
Telefonu Nr. 105.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i **Wolffa**, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 187, Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O drobnoustrojach odry.

Podał
Dr. Józef Czajkowski,
lekarz szpitala Tow. sosnowickiego w Sosnowcu.

Odczyt w Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 19. Czerwca b. r.

W Nrze 21. *Gazety lekarskiej* z roku 1892. ogłosiłem wyniki swych poszukiwań nad drobnoustrojami we krwi i wydzielinie śluzowej nosa u osób chorych na odrę.

Praca moja podobnie jak praca P. Canona i W. Pielickego[1]), która wyprzedziła moją o parę tygodni, nie zwróciła na siebie należytej uwagi, chociaż może i słusznie, wszelkie bowiem drobnowidowe spostrzeżenia, nie poparte dowodami więcej, że tak się wyrażę, rzeczowymi, jakiemi są hodowla a względnie szczepienia czystych hodowli zwierzętom, pomimo woli wzbudzają sceptycyzm i niedowierzanie w czytelnikach, którzy dla jakich bądź powodów nie chcą lub nie mogą sprawdzić podawanych szczegółów.

Dzisiaj, po upływie czterech bez mała lat od chwili, gdy po raz pierwszy badałem drobnowidowo krew chorego na odrę i znalazłem w niej szczególnego wejrzenia drobnoustroje, staję przed Kolegami, by zdać sprawę ze swych poszukiwań w tym samym względzie i mam nadzieję, że znajdę tym razem posłuch, bo staję przed nimi nie ze słowami tylko, lecz uzbrojony owymi dowodami rzeczowymi, o jakich wspomniałem wyżej.

Nie potrzebuję chyba tłómaczyć, że przez cały ten czas skwapliwie korzystałem z każdego spostrzeganego przypadku odry, by zebrać kropelkę krwi do przeprowadzenia badań bakteryologicznych, o ile nie stawały temu na przeszkodzie obawa lub zbytnia czułostkowość osób dozorujących chorych.

Bądź co bądź jednak, udało mi się zbadać pod względem bakteryologicznym 56 przypadków odry, z których w 37 badania krwi drobnowidowe tylko, w pozostałych zaś 19 przypadkach przeprowadzałem hodowle drobnoustrojów we krwi spostrzeganych a jednocześnie szczepiłem zwierzętom czyste hodowle.

Zapewne, liczba zbadanych przeze mnie przypadków nie imponuje wielkością i gdyby nie okoliczność, że przypadki te odnoszą się do czterech epidemij (z lat 1892 do 1895. włącznie), nie miałyby te badania żadnej prawie siły przekonywającej.

Na tę okoliczność kładę tu szczególny nacisk, chcąc uprzedzić zarzut, że liczba spostrzeżeń jest zbyt małą, aby można z nich wysnuwać jakiekolwiekbądź wnioski natury ogólniejszej.

Zgodzą się bowiem zapewne ze mną Koledzy, że jeżeli dany drobnoustrój spotykamy we krwi chorych w danej chorobie zakaźnej w pierwszym lepszym spostrzeganym, przez nas przypadku w czasie kilku następujących po sobie epidemij, to aczkolwiek liczba tych spostrzeżeń nie będzie wielka, mamy wiele danych przemawiających za stałem znachodzeniem się tego drobnoustroju w danej chorobie a względnie danych, przemawiających za swoistością tegoż drobnoustroju w danej sprawie chorobowej. A jeśli przytem inny badacz, oddalony od nas o setki kilometrów, pracujący w odmiennych zgoła stósunkach, niezależnie od nas, czyni te same spostrzeżenia (jak w danym razie Canon i Pielicke), to wartość naszych spostrzeżeń jeszcze bardziej zyskuje na znaczeniu.

Stósując wyżej wypowiedzianą zasadę do swych badań, przychodzę do wniosku, że aczkolwiek badania moje odnoszą się do małej stósunkowo liczby przypadków odry, mam jednak pewne prawo przypuszczać, że drobnoustrój znajdywany przeze mnie z taką stałością we krwi chorych na odrę, nie jest gościem przypadkowym, lecz że pozostaje w pewnym ścisłym związku z daną sprawą chorobową. Upewnia mię w tem przekonaniu

[1]) Berliner klin. Wochenschrift Nr. 16. 1892.

ta jeszcze okoliczność, że krew nie jest łatwo dostępną dla zakażenia glebą tak z powodu swego położenia topograficznego w ustroju, jakoteż z powodu swych zabójczych względem drobnoustrojów własności (Buchner, Denys, Mieczników i inni). Mówię, pozostaje on w pewnym ścisłym związku z daną sprawą chorobową (odrą), chociaż nie wydaje mi sie, żebym był zbyt dalekim od prawdy, jeślibym uznał dany drobnoustrój za przyczynę wywołującą odrę.

Jakikolwiekbądź jednak byłby stosunek pomiędzy drobnoustrojami we krwi chorych na odrę znajdywanymi a samą sprawą chorobową, już samo stałe znachodzenie się ich we krwi zasługuje na uwagę a drobnoustroje na bliższe z nimi zapoznanie się.

Wedle moich spostrzeżeń, zgodnych w tym względzie ze spostrzeżeniami Canona i Pielickego, drobnoustroje we krwi chorych na odrę znajdywane, przedstawiają się pod postacią dosyć cienkich laseczników z tępymi końcami.

Laseczniki obdarzone są żywymi ruchami.

Najczęściej spotykamy je rozrzucone po jednym w osoczu krwi, często jednym końcem dotykającymi czerwonych ciałek krwi; gromady laseczników spotykają się bardzo rzadko, przyczem wtedy leżą one w nieprawidłowych grupach.

Rozpatrując świeżą krew w kropli zawieszonej, nie spotkałem nigdy laseczników w samych ciałkach krwi, na preparatach zaś z krwi zasuszonej na szkiełkach przykrywkowych podobny układ laseczników spotykałem niejednokrotnie.

Długość laseczników niejednakowa, najkrótsze nie dochodzą do 0·5 μ, przy grubości nie przewyższającej połowy długości; często jednak spotkać można laseczniki długości średniej czerwonego ciałka krwi. W starych, kilkomiesięcznych hodowlach spotkać można nierzadko długie nici, obok krótkich laseczników, o jakich wspomniałem wyżej [2]).

Laseczniki nasze barwią się dobrze wszelkimi barwikami anilinowymi, chociaż zabarwienie ich nie zawsze bywa jednolitem; często, szczególniej w postaciach dłuższych, część protoplasmy pozostaje nie zabarwioną.

Metodą Gram'a laseczniki nie dają się barwić zupełnie.

Hodowle laseczników udają się na rozmaitych płynnych i stałych, zawierających białko glebach odżywczych, za wyłączeniem żelatyny i agaru.

Na agarze glicerynowym, na agarze glicerynowym z hematogeną i na surowicy krwi laseczniki nasze rozwijają się na 3—4. dzień po zaszczepieniu, tworząc drobniutkie, w postaci kropelek rosy kolonie, nigdy się ze sobą nie zlewające. Pod drobnowidem kolonie te przedstawiaja się jako przeźroczyste, pozbawione budowy krople.

Rozwój hodowli jest tem większym, im większą będzie ilość użytej do zaszczepienia krwi.

Ilość użytej do tego celu krwi nie jest jednoznaczną z ilością zaszczepionych drobnoustrojów, nie o nie bowiem tu chodzi, lecz o krew samą, jako sprzyjające rozwojowi laseczników podłoże; przemawia, zdaje się, za tem ta jeszcze okoliczność, że laseczniki nasze n. p. rychlej i obficiej rozwijają się na agarze glicerynowym z dodatkiem hematogeny (Hommela), aniżeli bez tego dodatku.

Najlepszą jednak glebą dla rozwoju laseczników odry jest bulion lub wysięk surowiczy z jamy brzusznej, sterylizowany.

Hodowle w tych odżywkach przedstawiaja się w postaci białawego, dosyć ciężkiego osadu. W starych hodowlach osad ten przyjmuje odcień żółtawo-szary.

Hodowle laseczników odry, nawet stare, nie posiadają żadnego swoistego zapachu.

Zwykle po zaszczepieniu odżywki w próbówkach trzymałem w termostacie w 36·0 do 37·0° C.; wpływu wyższej i niższej ciepłoty na rozwój laseczników nie badałem.

Co się tyczy szczepienia laseczników odry zwierzętom, to robiłem je tylko królikom i myszom.

Pierwsze okazały się całkowicie odpornemi przeciwko zarazkowi, myszy zaś padały na 3—4. dzień po zaszczepieniu małych ilości hodowli pod skórę, wśród objawów posocznicy.

We krwi i narządach miąższowych (śledziona i wątroba) znajdywałem stale te same drobnoustroje, zkąd otrzymywałem je także w czystych hodowlach.

Tyle co do strony faktycznej omawianego tutaj przedmiotu; co się zaś tyczy wniosków, to przynajmniej dla mnie są one zupełnie jasne. Gdyby liczba zbadanych bakteryologicznie przypadków odry była nawet o połowę mniejszą, przy zachowaniu tych jednak ostrożności, że przypadki te, jak w danym razie, będą się odnosiły do kilku rozmaitych epidemij i będą pochodziły z rozmaitych ognisk zakaźnych, to i wtedy jeszcze miałbym prawo uznać znaleziony i wyhodowany przezemnie lasecznik za drobnoustrój dla odry swoisty a względnie za przyczynę wywołującą odrę.

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przyczyny, które sprowadzić mogą pęknięcie serca szczególniej, gdy toczy się jakaś sprawa chorobowa w mięśniu sercowym, są nader rozmaite. Nieraz nastaje śmierć podczas spółkowania, drgawek, pracy fizycznej. Tenison miał przypadek śmierci podczas wymiotów, Buhl podczas kaszlu, Eichhorst zimnej kąpieli, Hofmann zaś opisał przypadek pęknięcia serca u parobka w skutek kopnięcia kopytem końskiem w klatkę piersiową. Nieraz i wzruszenia psychiczne sprowadzić mogą pęknięcie. Znanym jest przypadek z historyi Filipa V., króla hiszpańskiego, zmarłego nagle na pęknięcie serca w chwili, gdy się dowiedział o klęsce pod Piacenzą.

Nobiling z Monachium sądzi, że przy pęknięciu lub uszkodzeniu serca powstaje śmierć nagła w skutek albo samego krwotoku albo też wstrzymania akcyi serca krwią sączącą się do worka osierdziowego, działającą na kształt tamponady.

Gwałtowne krwotoki na tle zmian patologicznych lub urazowych przewodu pokarmowego są przyczyną również

[2]) W pracy swej o drobnoustrojach w odrze z roku 1892. opisywałem spotykane laseczniki jako krótkie zawsze pałeczki, długość których waha się w małych bardzo granicach, obecnie przyznać muszę słuszność Canonowi i Pielickemu, którzy opisują je w ten sam, co i ja obecnie, sposób.

śmierci nagłej, bądź to przez wielki i szybki upust krwi, bądź też przez następowe zajęcie trzew brzusznych.

I tak wrzody okrągłe żołądka lub dwunastnicy, nieraz nawet nie zdradzające się długo żadnym objawem, są powodem nagłego zejścia śmiertelnego. Dziwnem jest, że podobnego rodzaju przypadki szczególniej się spotyka w pewnych okolicach, n. p. w Turyngii Müller i Starcke podają, że trafiają się u 10% wszystkich sekcyonowanych; Grünfeld zaś podaje z Kopenhagi, że zbliża się do 20%. Berthold i Nolte z Monachium znajdowali je tylko w 2% przypadków. Rozpoznanie wrzodów okrągłych przy sekcyi nie napotyka na żadne trudności, jeżeli się uwzględni ich brzegi. Przypadki nagłej śmierci na tem tle trafiają się zwykle u osób od 15. do 30. roku życia; Donne jednak miał przypadek u dziecka 3-letniego, Reiner u dziecka $3^1/_2$-letniego, Chwostek u dziecka 4-letniego, Malinowski u dziewczyny 8-letniej. Jak u dzieci rzadko doprowadzają z przyczyny krwotoku do nagłego zejścia, tak podobnie zdarza się to i u starszych wiekiem. Vergely widział taki przypadek u kobiety 83-letniej. W ogólności wszyscy zgadzają się na jedno, że u kobiet spotyka się podobne przypadki częściej, niż u mężczyzn a przyczynę upatrują w błednicy. Rokitansky ogłosił przypadek wrzodu okrągłego na tle zatoru barwikiem w malaryi. Quincke widział na tle zmian termicznych, Brown-Séquard po urazie rdzenia pacierzowego, Panum na tle zatorów infekcyjnych. Böttcher na tle schizomycetów. Bardzo często również spotyka się krwotoki na tle przeżarcia naczyń żołądkowych lub jelitowych przez nacieki nowotworowe, n. p. rak. Eichhorst opisał dwa przypadki nagłego zejścia na tle krwotoków w raku żołądka, nigdzie jednakowoż nie znalazł przy sekcyi pękniętego naczynia; dlatego przypuszcza, że w tych przypadkach krwotoki powstały *per diapedesin* na tle *marasmus*. Nieraz znajdowałem również krwotoki jelitowe z nagłem zejściem śmiertelnem na tle wrzodów tyfusowych lub gruźliczych.

Krwotoki z części rodnych kobiecych są nader często przyczyną śmierci nagłej a mogą się przydarzać na tle urazowem lub też z przyczyny zmian patologicznych w ustroju. Müller (*Verh. der phys. med. Gesellsch. in Würzburg* 1873), Klapproth (*Monatschrift f. Geburtsk.* 1859) opisali dwa przypadki śmierci nagłej z powodu gwałtownego krwotoku w skutek przedarcia tkanki między łechtaczką a ujściem zewnętrznem cewki moczowej przy spółkowaniu. Hofmann opisał podobny przypadek w skutek upadnięcia kobiety ciężarnej na krawędź łóżka. Weltrubsky (*Wiener med. Blätter* 1883) podobnie widział przypadek nagłego zejścia śmiertelnego po spółkowaniu, ale w skutek pęknięcia żylaka w okolicy łechtaczki. Za przyczynę tak łatwego pęknięcia tych tkanek przy spółkowaniu uważa Parvin (*Schmidt's Jahrbuch* 1873) przekrwienie i zwiększone napięcie tych części podczas ciąży.

Mitchel Chill (*Schauenstein* 446) opisał dwa przypadki śmiertelnych krwotoków w skutek nacięcia pochwy, umyślnie przez mężów w celu zbrodniczym dokonanego. Ileż to razy zdarzają się krwotoki w skutek pęknięcia macicy ciężarnej z powodu niezręcznego zabiegu lekarskiego, o których nadmienił Fritsch (*Uterus-Ruptur in foro. Virchow's Archiv* 1891) lub też podczas spędzania płodów przez używanie ostrych narzędzi, zwykle przez niepowołanych. Contagne (*Des ruptures uterines pendant la grossesse* ..... Paris 1882) widział n. p. zejście śmiertelne skutkiem krwotoku z pęknięcia macicy po wstrzyknięciu wody przez akuszerkę w celu wywołania poronienia. Nieraz po porodzie u osób bledniczych zdarzają się krwotoki tak gwałtowne, iż nie można ich w żaden sposób utamować. Sam widziałem w klinice prof. Chrobaka 1895 r. przypadek podobny z tak gwałtownym krwotokiem, iż Chrobak chcąc życie chorej uratować w przeciągu 5 minut prawie wykonał *exstirpatio uteri totalis*. U Hofmanna znów widziałem przy sekcyi przypadek śmierci nagłej w skutek krwotoku z łożyska, którego akuszerka nie umiała wyjąć z macicy. Krwotok był tak gwałtowny, iż nim lekarz przyszedł, chora życie zakończyła.

U noworodków spotykamy się dość często z krwotokami pępkowymi (*omphalorrhagia*), które powstają albo z naczyń pępkowych albo z rany pępkowej. Jedno i drugie mogą dać powód do zejścia śmiertelnego. Krwotoki pierwszego rodzaju mogą się przydarzać tak przed odpadnięciem, jak i po odpadnięciu pępowiny. Przed odpadnięciem powstają przez zaniedbanie podwiązania lub złe podwiązanie pępowiny, ale wtedy, gdy dziecko jest chore. Wiadomo wszystkim, że gdy dziecko się urodzi, następuje z chwilą pierwszych wdechów dziecka wielkie przekrwienie płuc a według Rungego nawet zmniejszenie się ciśnienia krwi w innych naczyniach, przedewszystkiem pępkowych. Do tego pomyślnego stanu dołącza się i drugi czynnik, to jest skurcz warstwy mięśniowej naczyń pępkowych, nadzwyczaj mocno w nich rozwiniętej, skutkiem czego światło naczyń pępkowych zwęża się. Że rzeczywiście tak się dzieje, dowiedli doświadczeniami Hofmann i Basch. Jeśli jednak tych stosunków nie ma, co szczególniej tyczy się płodów niedonoszonych, asfiktycznych z niedodmą płuc i z niedokładną kurczliwością warstwy mięsnej lub też płodów z niedokładnem oddechaniem, zdarzają się krwotoki kończące się nieraz śmiercią. Runge podaje wprawdzie, że przypadki podobne zakrwawienia się dziecka są rzadkie, ale Credé i Weber podają, że prawie co tydzień podobne przypadki postrzegali w swoich klinikach.

Krwotoki pępkowe z ran pępkowych zdarzają się zwykle u dzieci dotkniętych kiłą, posocznicą lub chorobą Buhla.

Ileż to razy spotykamy zejście śmiertelne z powodu gwałtownego krwotoku po zranieniu tętnic. W Maju 1895 r. w zakładzie medycyny sądowej sekcyonowano przypadek śmierci gwałtownej rzeźnika, zmarłego z gwałtownego krwotoku z tętnicy pachowej po zranieniu jej nożem rzeźniczym przez drugiego rzeźnika. We Wiedniu tegoż roku dwa razy widziałem przypadki poderznięcia naczyń na rękach. Oba w celu samobójczym w łazienkach wykonane stały się przyczyną śmierci w skutek krwotoku. Nieraz na tle postrzałów, urazów tępych lub *contre-coup* powstają nagłe krwotoki, stanowiące przyczyną śmierci nagłej. Nie tylko jednak przydarzają się tym sposobem uszkodzenia trzew. W roku 1882. (w *Annales d' hygiène publ.*) Pellereau z wyspy Mauriciego opisał 13 pęknięć śledziony z krwotokami i następowem zejściem śmiertelnem osób dotkniętych wysokim stopniem malaryi, przyczem nieraz już mały uraz był w stanie sprowadzić owe pęknięcia. Corre (*Archiv de l' anthrop. crim.* 1889) opisuje podobne przypadki z Gwadalupy. Hofmann opisuje jeden przypadek pęknięcia samoistnego śledziony z zejściem śmiertelnem a Schlemmer (*Allg. W. med. Zeitung* 1878) opisuje 6 przypadków podobnych. Maschka (*Allg. W. med. Zeit.* 1877) podał przypadek pęknięcia śledziony dotkniętej naczyniakami. Nie mogę pominąć też pęknięcia obrzękłych śledzion

ossesków podczas porodów, które opisali Birsch - Hirschfeld i Steffen (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* XVII).

Nieraz sprawy natury czysto patologicznej są przyczyną pęknięcia śledziony, wątroby, nerek lub pęcherza moczowego, które jeżeli odrazu nie sprowadzą śmierci w skutek gwałtownych krwotoków, to zazwyczaj dają powód do ciężkich chorób następowych, zwykle i tak kończących się śmiercią.

Z kolei przystępuję do zestawienia przypadków śmierci nagłej z uduszenia. Jeźli przystęp powietrza do płuc dozna z jakichkolwiek powodów przeszkody, natenczas nastaje śmierć z uduszenia.

I. Uduszenie może nastąpić przez ucisk wywarty z zewnątrz na szyję n. p. przez powieszenie, zadzierzgnięcie lub zadławienie. Pierwszy sposób zazwyczaj przez samobójców używany, dwa drugie więcej w celu zbrodniczym.

II. Uduszenie może również nastąpić przez zatkanie otworów lub przewodów oddechowych ciałem stałem lub płynnem a w tych przypadkach śmierć następuje tem rychlej, im dokładniej ciało zamykające przewody odcina przypływ powietrza. Najprędzej n. p. nastaje, gdy ciało obce duże wpadnie do krtani i szczelnie ją zamknie. Sam widziałem przypadek uduszenia się paralityka kawałkiem mięsa, choć odrazu pomoc lekarska była na miejscu. Podobny przypadek zdarzył się 1894 r. u wojskowego w Krakowie. Dwa przypadki widziałem udławienia się kiełbasą we Wiedniu z zejściem śmiertelnem. W obu podejrzywała rodzina udar sercowy, gdy tymczasem przy sekcyi inną znaleziono przyczynę śmierci. Często zdarzają się przypadki uduszenia wymiocinami, szczególniej u opojów lub podczas narkozy chloroformowej na tle znieczulenia krtani.

Napotkawszy miazgę pokarmową w oskrzelach, trzeba być nieraz ostrożnym z rozpoznaniem śmierci w skutek uduszenia, gdyż często dostaje się miazga tamże i po śmierci.

Handyside (*Schmidt's Jahrbuch* 1843) opisał przypadek uduszenia się samobójcy przez zatkanie watą przełyku; Wosidlo (*Viertelj. f. ger. med.*) zaś opisał uduszenie się sianem również u samobójcy. Hofmann sekcyonował zwłoki chłopca 6-letniego, który się udusił kromką chleba. Nieraz widzi się przy sekcyi przypadki uduszenia się krwią z pękniętych tętniaków, wrzodów okrągłych lub też ropą z powodu pęknięcia ropnia w klatce piersiowej. U dzieci dwa razy widziałem w Wiedniu uduszenie się miazgą serowatą po pęknięciu rozmiękłych gruczołów serowatych. A ileż to razy widzi się przy sekcyi uduszenie się płynami, n. p. przy utopieniu, przy aspiracyi wód płodowych u płodów, przy wrzuceniu noworodków do kloaki. U dzieci szczególniej już przyłożenie chustki do ust lub poduszki bardzo łatwo może sprawić uduszenie. W Wiedniu w b. r. widziałem ciekawy przypadek uduszenia dziecka przez matkę po wprowadzeniu umyślnem szpilki długiej do przełyku celem zamknięcia nagłośni. Dziecko się udusiło, ale szpilka z powodu nieostrożnego zabiegu matki wpadła do tchawicy, zkąd ją wydobyto dopiero przy sekcyi.

III. Nieraz zdarzają się przypadki uduszenia przez wstrzymanie ruchów oddechowych przez gwałt, lub na tle spraw patologicznych albo na tle zaburzeń w innerwacyi. Według Tamassii (1892) śmierć po obciążeniu klatki piersiowej następuje wtedy, gdy ciężar przytrzymujący ruchy oddechowe przewyższa ciężar ciała o połowę. Janikowski (*Przegląd lek.* 1872.) opisał taki przypadek uduszenia podczas obcowania cielesnego a Wydział lekarski przytoczył w swem orzeczeniu, że okolicznością, sprzyjającą uduszeniu, był w tym przypadku ucisk wywarty na klatkę piersiową u osoby mającej wól.

Zniesienie ruchów oddechowych może też być następstwem odmy piersiowej, znacznych wypocin opłucnowych, obrażenia przepony i innych spraw podobnych. Zaburzenia w innerwacyi mogą być również powodem zniesienia ruchów oddechowych, co widzimy u otrutych n. p. kurarą, która poraża mięśnie oddechowe, lub strychniną, która je tetanizuje lub też innemi truciznami, działającemi na ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym. Podczas napadu epileptycznego śmierć również często może nastąpić z powodu uduszenia a to skutkiem porażenia rdzenia przedłużonego przez skurcz naczyń. W jednym przypadku, choć mi nie udzielono żadnych dat, znalazłszy język pogryziony i trochę krwi w jamie ustnej, tudzież objawy sekcyjne, odpowiadające uduszeniu, zaraz przypuściłem śmierć nagłą podczas napadu epileptycznego, co rzeczywiście potem stwierdziłem przez wywiady u rodziny. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Dalej dwa przypadki opisał Hirschberg. W pierwszym (*Zur Anatomie der spontanen Linsenluxation. Archiv für Ophth.* XXII., 1.), u 67-letniej kobiety, krótkowzrocznej od dzieciństwa, w lewem oku były zmiany w barwiku naczyniówki, zaćmienie w ciele szklanem. W prawem oku przed 2 tygodniami powstało silne zapalenie. Rogówka przeźroczysta, bezpośrednio poza nią zaćmiona soczewka, cokolwiek zmniejszona, o powierzchni zupełnie gładkiej, znajduje się na dnie komory przedniej i przykrywa tęczówkę, prócz górnego jej wycinka, gdyż górny brzeg soczewki odpowiada górnemu brzegowi szerokiej źrenicy. Ucisk śródgałkowy zwiększony. Wyłuszczone oko miało oś długości 32 mm. i znacznej wielkości garbiak tylny (Scarpy); obszerne oderwanie ciała szklanego w tylnej części. Pierwszy to raz, o ile mi wiadomo, przy badaniu patologicznem gałkę dano według sposobu Loewego do roztworu kleju, później do parafiny i cięć dokonano za pomocą mikrotomu. Soczewka (o $6\frac{1}{2}$ mm. szerokości, $3\frac{1}{2}$ mm. grubości) znajdowała się swobodnie w komorze przedniej. Ku górze tęczówka była znacznie cieńsza i odsunięta ku przodowi, część jej rzęskowa zrosła z brzegiem białkówki; ku dołowi przeciwnie była ona zupełnie wywróconą ku tyłowi. Od ciała rzęskowego, od góry poza tęczówką i soczewką przeciągała błona ku dolnemu brzegowi rzęskowemu. Soczewka, dokoła torebką objęta, znajdowała się w komorze przedniej i przytykała bezpośrednio do rogówki. Zwieracz mało ocalały w górnej połowie tęczówki, w dolnej wcale się nie znajdował; nadto brzeg źreniczny tworzyła tu wywrócona przednia jej powierzchnia, od której na soczewce widoczne było zagłębienie w kształcie siodła. Zanikły znacznie mięsień rzęskowy miał budowę mięśnia krótkowzrocznego. Od wewnętrznej powierzchni ciała rzęskowego od góry przeciąga cienka warstwa poza tęczówką i so-

czewką do dolnego brzegu źrenicznego, w której H. widzi przednią część ciała szklanego. Od wierzchołków górnych wyrostków rzęskowych bierze początek błona grubości przedniej torebki, udaje się ku przodowi pomiędzy ciałem szklanem a tęczówką, tworzy liczne zakręty obok górnego brzegu źrenicznego i na wysokości brzegu górnego zwichniętej soczewki udaje się ku przodowi, lecz zaraz się zakręca, zwraca ku tyłowi, tworząc znów zakręty i przechodzi w szerokie pasemko, które kończy się swobodnie pomiędzy górną częścią soczewki a ciałem szklanem. Błona ta nie miała żadnej budowy, zawierała nieliczne komórki z jądrami; H. chce widzieć w niej zmienioną obwódkę. Białkówka cienka, lecz prawidłowa; splot Lebera zupełnie przechowany. Spojówka przekrwiona, rogówka cienka, lecz prawidłowa; tylko w miejscu, gdzie przytyka soczewka, brakuje zupełnie śródbłonka Descemeta. W tęczówce żadnych zmian znaczniejszych nie było. Ku górze więzadła grzebieniastego nie było wcale; w okolicy splotu Lebera obfite złogi barwika, w ciele rzęskowem żadnych zmian znaczniejszych, w dolnej części tęczówki znaczne zmiany zanikowe tyczą się przeważnie jej warstwy środkowej. Torebka otaczała soczewkę dokoła, ku przodowi warstwy przybłonkowej nie było, budowa włóknista soczewki zachowana; ku tyłowi liczne krople rdzennikowe. Siatkówka zachowała prawidłowe uwarstwienie; przybłonek jej barwikowy najczęściej zachowany. Naczyniówka zanikła w wysokim stopniu, zwłaszcza warstwa jej włosowata.

W drugim z późniejszych przypadków Hirschberga (*Cataracta gypsea procidua. Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1884) u 48-letniej kobiety lewe oko oślepło przed 20 laty i czasami bywało bolesne. Od 3 tygodni w oku silne zapalenie. Biało żółta i nierówna soczewka zwichnięta w ten sposób, że równik jej przecina źrenicę ku górze i ku zewnątrz i wystaje ku komorze przedniej; dolna i wewnętrzna część soczewki, zdawało się, że znajduje się za tęczówką. Oko było wyłuszczone. $^{2}/_{3}$ soczewki znajdowały się w komorze. Od przedniej powierzchni soczewki zmierzały pęczki włókien ku przedniej powierzchni tęczówki; ku górze łączyły się one z ciałem szklanem. Siatkówka była lejkowato oderwana od tarczy do rąbka. Przybłonek i substancya rogówki prawidłowe. Na błonie Descemeta były miejscami osady. Śródbłonka ku górze niekiedy brakowało; znajdowano go wtedy na przedniej powierzchni wspomnianej błony. Dawały się także spostrzegać włókna cienkie, przeciągające między tęczówką a rogówką. Podścielisko tęczówki prawidłowe. Zwichnięta soczewka była zrosła ku dołowi zarówno z brzegiem źrenicznym, jakoteż z przednią powierzchnią tęczówki tak, że właściwie cała soczewka znajdowała się w przedniej komorze. Górną połowę tęczówki, prawie do samego brzegu źrenicznego pokrywała dość gruba warstwa siateczki, okrągłe komórki zawierającej, której włókienka zabarwiały się eozyną; siateczka ta wypełniała również wierzchołki komory przedniej. Zdaniem H., stanowi ona tylko skrzep cieczy w białko obfitującej. Soczewkę głęboka brózda pozioma dzieliła na 2 nierówne części: większa nierównie górna część składała się z podścieliska, zawierającego sole wapienne i próżnią, ku obwodowi mogły być resztki włókna; dolną, mniejszą część stanowiła gęsta tkanka włóknista, zawierająca nieliczne a długie komórki wrzecionowate. Były tu również większe i mniejsze ziarnka wapienne; komórki torebkowe znajdowały się tylko w nieznacznej przestrzeni od górnego brzegu soczewki do środka tylnej powierzchni (soczewka okręciła się zatem dokoła swej osi). W ciele szklanem znajdowały się liczne komórki okrągłe, w środku zaś lejka barwikowo komórki, okrągłe i gwiaździste. W ciele rzęskowem znajdowały się komórki limfoidne, niezbyt licznie dokoła naczyń. „Włókna obwódki Zinna były od początku wyraźne i w dalszym ciągu przechodziły wzdłuż tylnej powierzchni tęczówki“. Jednakże nie było widać przyczepienia ich do torebki soczewki. W dolnej części gałki, odpowiednio obrączce rzęskowej *(orbiculus)* napotykano włóknistą tkankę, zawierającą komórki okrągłe i barwik i wsuniętą pomiędzy przybłonek barwikowy a jagodówkę; w tej to tkance znajdowały się nadto nieliczne i o cienkich ścianach naczynia. Białkówka była zupełnie prawidłową.

Wreszcie kilka przypadków zwichnięcia soczewki zbadał anatomicznie Lamford. Żałuję, że pracę jego znam tylko ze sprawozdania w *Jahresbericht* Nagla 1887., stron. 391. Z 5 przypadków 3 jakoby są ciekawe. W jednym nie było wcale zrośnięcia tęczówki z rogówką i zwiększony ucisk śródoczny pochodził od rozrostu komórek w więzadle grzebieniastem i w przewodzie Schlemma. W drugim na tylnej powierzchni torebki powstały naczynia. W trzecim górna trzecia część soczewki znajdowała się w komorze przedniej, pozostałe zaś części były wklinowane pomiędzy białkówką z jednej a tęczówką i ciałem rzęskowem z drugiej strony.

W podręcznikach i atlasach sprawa zwichnięcia soczewki traktowaną jest tylko pobieżnie. Alt *(Compendium d. norm. u. patholog. Histologie des Auges)* poprzestaje na wzmiance, że przy rozerwaniu obwódki Zinna dobrowolnem, czy też urażnem, włókna jej tworzą fałdy i przyjmują kształt wężykowaty, jak włókna sprężyste. W atlasie Pagenstechera i Gentha o zwichnięciu soczewki wcale nie ma mowy. W atlasie Beckera opisane są dwa przypadki zwichnięcia, powstałe wskutek nowotworu w jagodówce i zapalenia ropnego ciała szklanego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

B a c h: **Badania doświadczalne nad zakażeniem ran gałki ocznej oraz uwagi o mikroorganizmach spojówki oka.**

Na podstawie długiego doświadczenia twierdzi B., że antyseptykę operacyjną w okulistyce należy zastąpić aseptyką. Badania bakteryologiczne wykazały, że najważniejszym rękoczynem przedoperacyjnym jest mechaniczne oczyszczenie pola operacyjnego, połączone ze spłukaniem jego płynem obojętnym, jak n. p. fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Sublimat 1 : 5000 nie wyjałowi spojówki bardziej, niż roczyn soli a drażni bez porównania więcej. B. płucze worki spojówkowe tylko roczynem soli a nigdy nie zdarzyła się infekcya ranki operacyjnej jadem ropnym. Aby się przekonać, o ile zakażenie worka spojówkowego wpływa na zakażenie ranki, wprowadzał B. do worka spojówkowego królika, bądź to przed operacyą, bądź po operacyi hodowle bakteryj ropotwórczych, lub też wykonywał operacye oczne nożem zakażonym i otrzymał następujące wyniki:

Jeśli wprowadzał owe bakterye do worka spojówkowego przed operacyą, to procent infekcyj ropnych ranki wynosił 20%; jeśli po operacyi, to tylko 8%. Gdy robił operacyą nożem zakażonym, to stracił 9 ócz na 10 operacyj. Ztąd wniosek, że przedewszystkiem należy wyjaławiać narzędzia; zakażenie ranki po operacyi, jeśli operowano nożem

wyjałowionym, jest nader rzadkie. Nie wystarcza do zakażenia, aby ropne pierwiastki zetknęły się z raną, ale muszą one być do tkanki wtłoczone, co właśnie najlepiej udać się może przy wykonaniu operacyi nożem nieodkażonym. Procent infekcyi pooperacyjnej (8%) jest dlatego tak znaczny, że króliki do doświadczeń użyte nie były antyseptycznie opatrzone, ani też oko przed operacyą dobrze obmyte. W operacyach na oczach ludzkich stósownie przygotowanych, procent ten powinien by być bez porównania mniejszy. Najważniejszą zatem czynnością dla okulisty-operatora jest dokładne czyszczenie instrumentów. *(Knapp's Archiv.* T. XXX. 2. 3. 1895). *Dr. Brudzewski.*

Otyatrya.

Gruber (w Wiedniu): **O chorobie Meniera.**

Od samego początku odnoszono za Ménierem chorobę przez niego opisaną do uszkodzenia przewodów półkolistych. Później przyznał wprawdzie M., że te same objawy mogą pochodzić także z innych części ucha, jednakże nie można zaprzeczyć, że przecież we wszystkich przypadkach, w których występują tak zwane objawy Meniera, do błędnika należące, ważną odgrywają rolę a według najnowszych nauk fizyologii nie ulega wątpliwości, iż przy uczuciu zawrotu rozchodzi się zawsze przedewszystkiem o bańki i przewody półkoliste.

Otóż Gruber widzi rdzeń tych objawów w pierwotnem cierpieniu błędnika, ale nie wyłącznie w krwawieniu, lecz także w sprawach wydzielniczych i wypocinowych, które, zdaniem jego, znacznie częściej owe objawy wywołują, gdy wybroczyny, według jego doświadczeń, nadzwyczaj rzadko tu w grę wchodzą. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę nie tylko na główne części błędnika a mianowicie na bańki, przewody półkoliste i ślimaka, ale także na przydatki błędnika, mianowicie na wodociągi *(aquaeductus)* a szczególne znaczenie przypada w tej kwestyi zatoce *(recessus Cotunni)* jamie cysternowej w twardówce, do której prowadzi przewód przysionka. Owóż badania autora na stu kościach skroniowych wykazały bardzo różne stosunki wielkości bańki Cotunna i przewodu przysionka niezależnie od wieku. Światło bańki Cotunna może być objętości wielkiego bobu albo też zaledwie dostrzegalnem. Autor posiada preparat, w którem bańki tej wcale brak a przewód prowadzi do stałego postronka w twardówce, i kilka kości skroniowych, w których ujścia końcowego przewodu przysionka zupełnie brakuje.

Czy nie można sobie, pyta się G., wobec tych stosunków łatwo wyobrazić, że przez nie same powstać mogą w błoniastych tworach błędnika, szczególnie w bańkach i przewodach półkolistych stany, które wywołać mogą objawy rzeczone? Czy nie można sobie myśleć, że przy niedostatecznym odpływie cieczy wśródbłędnikowej (endolimfy) w skutek zatkania przewodu przysionka lub zarośnięcia blaszek bańki Cotunna albo przewodów od niego odwodzących i przez Rüdingera wykazanych, powstaje większe nagromadzenie się tego płynu, który przez nadmierny ucisk sprowadzić może jednym zamachem owe objawy i prawdziwy obraz choroby Meniera? Czy nie może, z drugiej strony, w skutek jakiegoś przypadku, n. p. zbytniego użycia wyskoku, silnego dopływu krwi do głowy i t. p. przyjść do powiększenia się wydzielenia endolimfy i w skutek niedostatecznego jej odpływu do podobnych objawów? Z tego wynika, iż stan tych przydatków błędnika i zaburzenia w wydzielaniu w powstaniu tego stanu patologicznego niepoślednią odgrywają rolę.

Na podstawie tego rozumowania dochodzi G. do wniosku, że nazwę objawy Meniera należy całkiem porzucić a w przyszłości nazwą choroby Meniera oznaczać tylko pierwotnie w błędniku odbywające się sprawy, sprowadzające trzy objawy: zawrót głowy, wrażenia słuchowe podmiotowe i upośledzenie słuchu. Do nich zaliczyć należy postać apoplektyczną i wydzielniczą. Sprawy w błędniku z gorączką połączone, jak zapalenie błędnika *(labyrinthitis)* można od nich oddzielić. Natomiast należy objawy M. występujące w chorobach innej części narządu słuchowego odnieść do przypadkowych powikłań w błędniku a dla ich oznaczenia nie posługiwać się wyrazem objawów Meniera. *(Wien. klin. Rundschau.* 1895. Nr. 27). *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

99. L. Prochownick: O regularnem używaniu tlenu (kwasorodu) po narkozach (według wykładu na 6. niemieckim kongresie ginekologicznym w Wiedniu w Czerwcu r. b.). Już na początku bieżącego wieku zwrócił uwagę Beddoes na ożywcze działania tlenu w zamartwicy *(asphyxia)* z odurzenia, ale rzecz ta poszła w zapomnienie. Dopiero w nowszych czasach próbowano dla bezpieczeństwa narkozy używać mieszaniny chloroformu i tlenu (sposób Neudörfera) a w ostatnich latach zaczęto i w niemieckich klinikach i szpitalach stosować czysty tlen w zamartwicy z chloroformu lub eteru albo wyłącznie albo, co okazało się bardzo skutecznem, równocześnie z wzniecaniem sztucznego oddychania.

Te wszystkie okoliczności skłoniły autora do zwrócenia swej uwagi na reformę nie tyle samej narkozy, ile na czas po niej następujący. Te chwile po narkozie są ważne szczególniej dla ginekologa, dla którego po wszystkich operacyach na brzuchu, w brzuchu i w organach moczopłciowych, jest rzeczą wielkiej wagi, ażeby pacyentki budziły się z narkozy jak najrychlej, nie rzucały się, lecz leżały przytomnie, spokojnie i przez gwałtowne ruchy przepony nie wstrząsały rany operacyjnej. Rzecz ta nie jest zresztą obojętna i pod względem psychicznym, chodzi bowiem o uniknięcie objawów histerycznych i erotycznych (tych osobliwie po eterze), niepokojących inne osoby a zawstydzających nieraz sameż pacyentki.

Po wielu próbach i doświadczeniach okazało się autorowi najpraktyczniejsze takie postępowanie:

Przyrząd zawierający tlen znajduje się każdej chwili gotów do użycia obok stołu operacyjnego lub łóżka osoby operowanej. Przyrząd ten składa się z cylindra żelaznego, mieszczącego w sobie 1000 litrów zgęszczonego tlenu i dwóch manometrów, z cylindrem stósownie połączonych; jeden z nich wskazuje ciśnienie, pod jakiem wypływa tlen przez stosowny wentyl, drugi podaje, ile tlenu spotrzebowano.

Do wdychania tlenu służy maska Waldenburga, długą rurką kauczukową ze zbiornikiem tlenu połączona. Przy zwykłem użyciu na końcu narkozy wystarcza ciśnienie $^1/_4$ do $^1/_3$ (co najwięcej) atmosfery. Z chwilą początku wdechu przyciska się maskę mocno do ust i nosa a odejmuje z chwilą wydechu; równocześnie z temi okresami oddychania otwiera się i zamyka kurek od zbiornika tlenu. Przy wprawie te dwie czynności z maską i kurkiem może spełniać jedna osoba; w braku wprawy, maskę przykłada i odejmuje lekarz a na jego komendę posługaczka zamyka i otwiera kurek od przyrządu tlen zawierającego.

Oddychanie jest z początku powierzchowne i częste, ale wkrótce zmienia się ono w powolniejsze i głębsze.

To wdychanie tlenu może odbywać się przy stole operacyjnym aż do nastania wyraźnego occzynu ze strony osoby operowanej. Przy operacyach większych a ztąd dłuższych i z większem niebezpieczeństwem wstrząsu *(shok)* połączonych, jak mianowicie celiotomii i odjęciu macicy przez pochwę, można przerwać na pewien czas oddychanie tlenem a przystąpić doń na nowo po przeniesieniu i ułożeniu chorej na łóżku i prowadzić je aż do powrotu zupełnej przytomności.

Zazwyczaj wystarcza do pożądanego skutku użycie samej tylko maski Waldenburgowskiej bez wprowadzania rurki do ust, nosa lub krtani. Tylko wyjątkowo okazało się potrzebnem wzniecenie prócz tego oddychania sztucznego.

Przy użyciu tlenu w ten sposób naprzód podpada pod oczy poprawa wejrzenia skóry i błon śluzowych. Jeszcze nawet przed wyraźną zmianą tętna i przed nastaniem regularnego przez nos oddychania barwa twarzy staje się żywsza, często różowa; spojówka nabiera blasku, rogówka zaczyna oddziaływać a ustępuje sinica warg i błony śluzowej ust. W końcu dopiero okazuje się poprawa tętna. Wymiotów

przez użycie tlenu nie unika się wprawdzie, ale ogranicza się je zazwyczaj tylko do jednego razu. O ile można to powiedzieć, nie ulega wątpliwości, że cały okres po narkozie staje się krótszym, lżejszym i przyjemniejszym tak dla osoby operowanej jak i dla otoczenia.

Szkodliwych skutków z użycia tlenu do wdychania autor nie widział. Zdawało się wprawdzie kilka razy, że przy nieodpowiedniem tempie w przykładaniu i odejmowaniu maski dostał się tlen do żołądka, ale badanie przedmiotowe tego przypuszczenia nie potwierdziło.

Ilość zużytego do wdychania tlenu była bardzo rozmaita: od 10 do 20 litrów przy małych, do 60 i 80 przy cięższych operacyach a do 100 litrów w przypadkach nadzwyczajnych.

Autor nie przytacza szczegółowo kazuistyki; oświadcza tylko, że używał tlenu w 100 mniej więcej narkozach a pragnie, by i inni spróbowali tego środka i to w rozmaitych przypadkach.

Wszelkich objaśnień co do ceny przyrządów tlen zgęszczony zawierających itd. udzieli fabryka tlenu Dra T. Elkana w Berlinie N. Tegelerstrasse 15. Napełnienie cylindra 1000 litrów tlenu kosztuje 10 marek. (*Münchener medic. Wochenschrift* 30. Lipca 1895).

100. Lyonais: Leczenie rtęcicy (*mercurialismus*). Rtęcica występuje w trzech postaciach: 1) bardzo ostrej (przedewszystkiem w otruciach zbrodniczych), 2) podostrej prawie wyłącznie w przebiegu leczenia rtęcią źle znoszonego lub niedostatecznie kontrolowanego, 3) w formie przewlekłej prawie wyłącznie u ludzi pracujących zawodowo z rtęcią a osobliwie u górników.

W formie pierwszej najważniejszą jest rzeczą wypróżnić przedewszystkiem żołądek za pomocą pompy Kussmaula lub rurki Fauchera (por. zeszyt Nr. 26. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. Przyp. red.). Środków wymiotnych wolno użyć tylko w razie, jeżeli w inny sposób nie można wypróżnić żołądka. Po wypróżnieniu żołądka należy zadać wodę z białkiem lub mleko. Siarkany alkaliów są jako odtrutka o wiele niepewniejsze.

W dalszym ciągu, jeżeli jest czas, można zadawać jodek potasu, chloran potasowy, kąpiele siarczane i t. d.

W formie przyostrej, która prócz kiłowych leczonych rtęcią widuje się także i u położnic, u których do przepłukiwania narządu rodnego użyto sublimatu, główne zmiany przez rtęcicę wywołane znajdują się w jelitach grubych, rzadko bardzo w cienkich, co jest dowodem, iż one są skutkiem wessania trucizny a nie jej działania miejscowego.

Co do zapobiegania tej formie, najważniejszą jest rzeczą ograniczyć zadawanie rtęci tylko do przypadków koniecznej potrzeby, wstrzymać je, gdy tylko zaczną ukazywać się najlżejsze przypadły zatrucia rtęcią, mianowicie w postaci częściowego zapalenia dziąseł, na które zwrócił uwagę pierwszy Fournier; podczas leczenia rtęcią baczyć jak najstaranniej na jamę ustną (przepłukiwać ją, obmywać, pomazywać roztworem kwasu borowego, osobliwie dziąsła) a przed rozpoczęciem leczenia przekonać się o prawidłowym stanie przewodu pokarmowego i dążyć do jego antyseptyki za pomocą przetworów betolu, benzonaftolu.

Bardzo ważną jest rzeczą wybór stosownego do leczenia w danym przypadku przetworu. Tak n. p ślinienie się występuje najłatwiej po jodku rtęciowym (*protojoduretum hydrargyri*) a sublimat działa najmocniej ze wszystkich przetworów rtęci na żołądek; natomiast okazał się bardzo praktycznym jodek rtęci i taniny (*jodure double de tanin et d'hydrargyre*), używany w szpitalu św. Ludwika w Paryżu.

Trzymając się tych przepisów nie należy obawiać się rtęcicy; gdyby jednakże ona wystąpiła, należy przedewszystkiem przerwać dalsze zadawanie przetworów rtęci, polecić częste przepłukiwania jamy ustnej czyto 5% roztworem chloranu potasowego, czy płynami antyseptycznymi, pomazywanie jej kwasem borowym a wewnętrznie zadać jodek potasu. W razie bólów gwałtownych należy użyć do pomazywania błony śluzowej jamy ustnej kokainy a wewnętrznie zadać wyciąg z makowca (*extractum opii*). Pod względem dyetetycznym nadają się do użycia mleko, woda z białkiem i środki toniczne. (*La Médecine moderne* 30. Lipca 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 20. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Ludomił Korczyński przedstawia z kliniki lekarskiej chorą z obrzękiem śluzakowym. Przypadek ten opisany będzie w *Przeglądzie lekarskim*. Zasługuje on na uwagę tak ze względu na bardzo korzystny przebieg przy używaniu wewnętrznem substancyi gruczołu tarczykowego, jakoteż na pewne szczegóły w obrazie chorobowym. Tu należą: wydzielanie się siary ze sutek, dywulsye skóry na brzuchu, megalocytemia, znaczne zwiększenie się ciałek eozynochłonnych, zanik części rodnych zewnętrznych obok przedwczesnego zaniku macicy a mimoto pojawienie się poraz pierwszy miesiączki po pięcioletniej przerwie.

Kol. Ludomił Korczyński przedstawił następnie chorego z kliniki lekarskiej z rozpoznaniem kiły mózgo-rdzeniowej. Przypadek ten również zostanie ogłoszony drukiem. Rozpoznanie ułatwia tu przedwczesna miażdżyca, zmiany kiłowe w wątrobie, na goleni, wreszcie skuteczność leczenia przeciwkiłowego. Na uwagę zasługuje przedewszystkiem wysepkowa analgezya, której używaniem kwasu arsenawego z powodu równoczesnej łuszczycy, wytłómaczyć nie można.

W dyskusyi oświadcza kol. prof. Gluziński, że w przypadku tym niewątpliwej kiły mózgu i rdzenia pacierzowego wobec rozsianych zmian, zmian innych natury kiłowej, wyniku leczenia zasługują na szczególną uwagę zboczenia w czuciu. Wysepkowość tych zmian, zajęcie obszarów pewnych nerwów, n. p. tylko średniej gałęzi n. troistego i t. d. może źródło swe mieć albo również w zmianie układu centralnego, jak to jest w *syringomyelia*, ale trzeba zwrócić uwagę również, że przyczyna tkwić może i w nerwach obwodowych, jako *neuritis peripherica*. A trzeba o tem myśleć tem bardziej, że jak badania dawniejsze już n. p. Oppenheima i Sommerlinga wykazały, nie tak rzadko znajdujemy zmiany w nerwach obwodowych w przypadkach *tabes dorsalis*, którego obraz kliniczny ten przypadek przedstawia. Nadto zachodzi tu i druga możliwość zakażenia nerwów obwodowych a w związku z tem zmian w czuciu; trzeba wykluczyć, czy te zmiany nie stają oddzielnie od reszty obrazu, czy nie są one wynikiem zatrucia przewlekłego arsenem, którego pacyent, jak słyszymy, przez długi czas używał przeciw łuszczycy (*psoriasis*). Skutek leczenia, usunięcie tych zmian przy leczeniu specyficznem, przemawia przeciw temu przypuszczeniu. Pozostałoby zatem do rozstrzygnięcia pytanie, czy te zmiany w czuciu są pochodzenia centralnego, czy też obwodowego na tem samem tle rozwijającego się a tu rozstrzygnąćby mogło chyba jeszcze skrupulatniejsze badanie zmian w rozmaitych gatunkach czucia z osobna.

Kol. prof. Edward Korczyński jest zdania, że wpływ zażywania kwasu arsenawego da się w przypadku tym w zupełności pominąć, gdyż najpierw chory wyżył go tylko 3·87 grm. w ciągu trzech lat, następnie brakuje innych objawów, właściwych przewlekłemu zatruciu arsenowemu, jak porażeń i zaników mięśniowych. Również jest zdania, że ogniskowych zboczeń w czuciu żadną miarą nie można uważać w danym przypadku za objaw obwodowego zajęcia nerwów (*neuritis peripherica*) a to dla braku wszelkich objawów obwodowej przyrody cierpienia, lecz przeciwnie przyjąć należy zboczenia ośrodkowe, gdzie wysepkowa analgezya ma to samo znaczenie dyssocyacyi czucia skórnego, jak w niektórych postaciach histeryi lub syryngomyelii.

Kol. prof. Domański zapytuje się prelegenta, czy w przypadku okazanym badano oftalmoskopijnie dno oka i co przy tem znaleziono (prelegent odpowiada, że badano i nic nie wykryto) a następnie oświadcza, iż obraz kliniczny arsenicy jest tak odmienny od przypadku okazanego, iż o arsenicy mówić tutaj nie można w żaden sposób. O ile sądzić można, bez zbadania samemu osobiście, przemawiający sądzi, że w przypadku niniejszym zgodnie ze zdaniem prelegenta i kol. prof. Korczyńskiego wykluczyć można prostą *tabes*. W prawdziwej *tabes* środki

przeciwkiłowe, mianowicie rtęć zwykle nie tylko nie pomagają, ale nawet szkodzą a jeżeli opisywano przypadki *tabes* wyleczone środkami przeciwkiłowymi, to nie było to nic innego, jak po prostu kiła w formie *tabes*. Wiadomo, iż kiła nagabywać może wszystkie części układu nerwowego, jakkolwiek jedne nagabuje częściej, niż drugie. Jeżeli przeto zajmie te części układu nerwowego, których zajęcie daje obraz *tabes*, w takim razie przybierze rzeczywiście formę *tabes*. Wszak nauczyła nas szkoła przedewszystkiem francuska, iż objawy kliniczne w układzie nerwowym są wyrazem nie rodzaju zmiany, lecz jej usadowienia się. W ogólności idąc za Fournierem, trzeba zmiany w układzie nerwowym przez kiłę wywołane podzielić pod względem patogenetycznym na trojakie: na zmiany właściwe kiłowe, jak n. p. kilaki (*gummata*) i stwardnienia (*scleroses*); do nich między [illegible] należą zgrubienia właściwe ścian naczynnych, na zmiany kiłowe następowe, t. j. po prostu skutki fizyologiczne zmian kiłowych, jak n. p. rozmiękczenie skutkiem wstrzymania dopływu krwi tętniczej przez zmiany w naczyniach, zanik przez ucisk itp. i zboczenia tak zwane przez Fourniera p a r a s y f i l i t y c z n e, zawdzięczające swe powstanie przypuszczanym, chociaż jeszcze nie wykrytym i nieodosobnionym właściwym toksynom kiłowym. Do tych liczyćby należało zniedołężnienie umysłowe z porażeniami (*dementia paralytica*) i analogon jego w rdzeniu pacierzowym w ogólności (*tabes dorsalis*).

Kol. prof. Gluziński: co do zboczeń w czuciu w danym przypadku zgadza się z prof. Korczyńskim, że zmiany te najprawdopodobniej są pochodzenia centralnego i to wynikiem zmian może w istocie szarej rdzenia pacierzowego i rdzenia przedłużonego (*n. trigeminus*) a zwrócił na nie uwagę dlatego, że w danym przypadku tyle przyczyn może ubiegać się o uwzględnienie. Co do arszeniku, jako czynnika etyologicznego, sam przemawiający go wykluczył, dawka jednak, jaką chory wyżył, może nie jest decydującą; są przypadki idyosynkrazyi i sam kol. Gluziński obserwował przypadek, w którym po dawce względnie niewielkiej (przez 3 tyg. trzy razy dnia po 20 kropli *sol. ars. Fowl.* aptekarz z własnej ordynacyi) wystąpiły zboczenia właśnie w zakresie n. czuciowych (mrowienie, *analgesia dolorosa* przeważnie na kończynach).

Przemówienie kol. prof. Domańskiego odbiega od danego przypadku i wkracza w ogólniejsze roztrząsanie. Stosując do danego przypadku wyrażenie, że przedstawia obraz kliniczny *tabes*, miał do tego prawo, uwzględniając objawy jak: chód ataktyczny, symptom Romberga, zniesienie odruchów ścięgnistych i t. d. W ten sposób przy ogólnem rozpoznaniu *lues medullae spin.* podkłada się odrazu siedlisko anatomiczne przypuszczalnej zmiany. A do poznania tego siedliska, do lokalizacyi w chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego dążyć powinniśmy.

Że *lues* bardzo często daje podstawę do zmian, które mianem *tabes* oznaczamy, do zmian anatomicznych w sznurach tylnych rdzenia pacierzowego, to zdaniem prelegenta nie ulega wątpliwości. Uwzględniając szczególnie najnowsze prace nad patogenezą *tabes*, zestawione w ostatniej pracy Leydena w *Zeits. f. klin. Med.* dochodzimy do przekonania, że w początkowych okresach *tabes* mamy przeważnie zmiany w korzeniach tylnych pewnej wysokości rdzenia pacierzowego. Zmiany te mogą polegać tak dobrze na pierwotnej degeneracyi włókien nerwowych, jak i być następowym wynikiem zmian n. p. syfilitycznych, jeżeli *lues* jest przyczyną, czy to w naczyniach, czy to w błonach rdzeniowych (*pachymeningitis*) czy to w kilakach.

Obraz kliniczny może być jednakowym, bo lokalizacya zmian jest jednakowa i zboczenia czynnościowe muszą być te same. Zastosowane wczas leczenie, usuwając podstawową zmianę, może sprawę degeneracyjną powstrzymać i są to przypadki wdzięczne dla terapii, są to przypadki, w których n. p. prócz zniesienia odruchów ścięgnistych lata całe posuwania się sprawy nie stwierdzamy, jeżeli tylko wczas leczenie było zastosowane, nie usuwamy tego, co się nie da usunąć, ale zapobiegamy szerzeniu się sprawy. Inna rzecz w przypadkach posuniętych, gdzie degeneracya zajęła sznury tylne w znacznej przestrzeni i wysokości, tam leczenie specyficzne nieraz już nie pożytek, ale stratę przynieść może. Zadaniem lekarza jest ocenić, czy zastosować takie leczenie czy nie, jak również, czy w danym przypadku obrazu klinicznego *tabes* konkuruje *lues* jako przyczyna. Wielką pomocą jest tu rozsianie zmian, t. j. obecność zmian w innych częściach układu nerwowego lub w innych organach, jak w danym przypadku.

Kol. prof. Korczyński zaznaczywszy w krótkości zmiany w zapatrywaniu się nad związkiem zakażenia kiłowego ze zboczeniami w ośrodkach nerwowych tak jak zmiany te w ostatnich dziesiątkach lat się dokonywały i jak pojęcia o związku tym coraz bardziej się ustalały, jest zdania, że według spółczesnego stanowiska nauki trzeba rozróżnić dwie postacie kliniczne. Do jednej postaci, daleko częstszej, należą te przypadki, gdzie kiłę przebytą uważać należy tylko jako okoliczność etyologiczną usposabiającą; tu przebieg, objawy kliniczne, rokowanie i leczenie nie różnią się niczem od tych przypadków, gdzie chorzy poprzednio wcale kiły nie przebywali a nawet leczenie przeciwkiłowe pomimo notorycznie przebytej kiły nie tylko nie pomaga, ale nawet stan chorych pogarsza. W przeciwstawieniu zasadniczem do tej postaci, odróżnić należy postać drugą, bezporównania o wiele rzedszą, gdzie zmiany w ośrodkach nerwowych są wprost przyrody kiłowej. Tu przebieg jest zazwyczaj łagodniejszy, rokowanie lepsze a leczenie przeciwkiłowe jest wskazane, gdyż bardzo często objawy chorobowe zmniejsza lub przynajmniej dalszemu rozwojowi choroby zapobiega. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rozróżnienie tych dwóch całkiem odrębnych postaci klinicznych jest bardzo trudne a czasami nawet niemożebne. Właśnie więc dla ważności sprawy nie tylko z ogólnego, naukowego stanowiska, ale także przez wzgląd na rokowanie i leczenie trzeba się starać koniecznie, by ustalić prawidła rozpoznawania tych dwóch postaci a w szczególności poznać dokładnie objawy kiły rdzenia pacierzowego. Tu szczegółowa i dokładna kazuistyka może wiele niejasnych dotąd spraw rozświecić a tą drogą kroczy właśnie spółczesna nauka. W pochodzie tym ze stanowiska klinicznego stanowić będzie pewne ułatwienie sama zmiana nazwy, dotąd utartej, którą anatomicznie oznaczamy siedzibę zwyrodnień lub zapaleń rdzenia pacierzowego. Byłoby wielkim postępem nauki, gdybyśmy n. p. mogli dawną nazwę *tabes dorsalis*, oznaczającą w ogóle szare zwyrodnienie sznurów tylnych ograniczyć do przypadków o nieznanej przyrodzie etyologicznej, lub do tych przypadków, gdzie kiła jest tylko odleglejszym czynnikiem usposabiającym a natomiast ustanowić całkiem odrębną postać zmian kiłowych w sznurach tylnych. Do tego dążyć trzeba chociażby po grudach omyłek rozpoznawczych i już teraz, zdaniem dyskutującego usiłowania w tym względzie podjęte rokują przyszłość. To też za przykładem innych, dyskutujący od dłuższego czasu stara się w każdym przypadku choroby rdzenia pacierzowego u chorego, który przebył kiłę, rozstrzygnąć to ważne pytanie, czy ma do czynienia ze zboczeniami wprost kiłowemi, czy też z kiłą w bezpośrednim związku nie zostającemi a w pierwszym przypadku stara się zawsze oznaczyć, o ile się to da, ściśle lokalizacyę zmian kiłowych.

Kol. Domański zwraca uwagę, iż w swem poprzedniem przemówieniu nie tykał wcale zmian anatomicznych w *tabes* i poglądów na nie najnowszych, mianowicie Leydena i raz jeszcze powtarza, iż co innego jest *tabes in individuo luetico* a co innego *tabes luetica*. *Tabes luetica* ma wszystkie cechy kiły układu nerwowego, gdy *tabes in individuo luetico* mimo wszelkich chwilowych popraw i jakoby zatrzymywania się ostatecznie podobnie, jak *dementia paralytica* postępuje ciągle w kierunku raz obranym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Wobec ogromu materyału naukowego, jaki na kongresie lugduńskim podano i przedyskutowano, oraz wobec tego, że pamiętnik tego kongresu wkrótce już ukazać się powinien, ograniczam się do przytoczenia w sprawozdaniu niniejszem najważniejszych i najciekawszych referatów i wykładów.

Na 1-szem posiedzeniu kongresu prof. G r a s s e t z Montpellier miał bardzo ciekawy wykład o udoskonaleniu mierzenia ciepłoty u gorączkujących. Liczba stopni, którą odczytujemy na skali termometru po upływie 10 minut, w ciągu których termometr znajdował się pod pachą chorego, nie daje

nam bynajmniej jasnego pojęcia o produkcyi ciepła w danym ustroju a to z następującego powodu: ciepłota, którą na termometrze odczytujemy, jest zależną od stopnia, z jakim dany ustrój oddaje ciepło *(pouvoir émissif)*, a stopień ten, jest w różnych organizmach rozmaitym.

Pewien obraz owego *pouvoir émissif* daje nam szybkość, z jaką się podnosi słupek rtęci w termometrze, założonym pod pachą czy do odbytnicy chorego. Należy więc zapisywać ciepłotę chorego raz po upływie minuty po założeniu termometru (t), drugi raz zaś po upływie 10 minut (T). Pomiędzy t a T niema żadnego stałego stosunku: przy T=40° t waha się zwykle w granicach 37°,6—38°,4; w jednym przypadku znalazł jednak mowca przy T=40°4, t=36°2.

Zapisując nietylko krzywe wielkości T, jak to dotychczas wyłącznie się praktykuje, ale obok tych krzywych i krzywe ciepłoty, obliczone za każdym razem według wzoru $\frac{t+T}{2}$, otrzymujemy o wiele dokładniejszy obraz produkcyi ciepła w danym organizmie.

Posiedzenie 2-gie było poświęcone wyłącznie etyologii oraz patogenezie cukrzycy. L a n c e r e a u x, główny referent w tej sprawie odczytał długi referat, w którym zestawił wyniki obserwacyj klinicznych i głównych prac doświadczalnych nad cukrzycą oraz panujące obecnie zapatrywania na powstawanie tego cierpienia. Mówiąc o cukrzycy pochodzenia trzustkowego, przytoczył L a n c e r e a u x następujący ciekawy szczegół: nie ulega wątpliwości, że pod względem wytwarzania cukru wątroba i trzustka stanowią w ustroju pewną całość; komórki wątroby wytwarzają cukier, komórki zaś trzustki regulują tę produkcyę. U człowieka narządy te są połączone przez układ żyły wrotnej; u pewnych ryb zaś narządy te stanowią jedną całość i pod względem anatomicznym komórki trzustki nie stanowią oddzielnego narządu a są ułożone wzdłuż śródwątrobowych rozgałęzień żyły wrotnej (Legouis, Laguesse).

Głównym jednak mowcą w sprawie cukrzycy był L é p i n e, powszechnie znany ze swych badań klinicznych i doświadczalnych nad cukrzycą.

Według L é p i n e'a jednym z czynników, wchodzących w grę przy powstawaniu cukrzycy jest zmniejszenie się działania glikolitycznego krwi; działanie zaś glikolityczne krwi polega na obecności we krwi fermentu, który L é p i n e wyizolował. Na tej podstawie zbudował L é p i n e teoryę powstawania cukrzycy; teoryi tej sprzeciwiają się jednak wyniki badań innych autorów, głównie C h a u v e a u i K a u f m a n n a. To też wykład L é p i n e'a miał w znacznej części charakter polemiczny; żałować tylko należy, że żaden z głównych przeciwników teoryi L é p i n e'a na jego wykładzie nie był obecnym. W końcu wykładu zakomunikował L é p i n e następujące nowe okoliczności, tyczące się patogenezy cukrzycy, które w ostatnich czasach wykrył:

1) Po przecięciu rdzenia piersiowego w górnym jego odcinku, po którem wyłuszczenie trzustki cukromoczu nie sprowadza, zadanie florydcyny sprowadza cukromocz; z tego wynika, że patogeneza cukrzycy, powstałej skutkiem zadania florydcyny, jest odrębną.

2) Podczas drażnienia nerwów trzustkowych własności glikolityczne krwi, wziętej z żyły trzustkowej, zmniejszają się znacznie. Po upływie kilku godzin, gdy wydzielanie soku trzustkowego, wzmożone skutkiem poprzedniego drażnienia nerwów, prawie ustaje, własności glikolityczne krwi, wziętej z tego samego źródła, są bardzo znaczne.

3) Po zadziałaniu na sok trzustkowy 1°/₀₀ rozczynem kwasu siarkowego w 39°, występują w tym soku własności glikolityczne w wysokim stopniu.

4) Również po zadziałaniu 1°/₀₀ rozczynem kwasu siarkowego na świeżą trzustkę wytwarza się w niej ferment glikolityczny.

Z licznych bardzo przemówień w dyskusyi nad etyologią i patogenezą cukrzycy wyjmuję jedynie przemówienie prof. R é n a u t a z Lugdunu:

Badania porównawczo-anatomiczne wykazują, że wątroba i trzustka stanowią jedną całość, a badania doświadczalne i obserwacya kliniczna potwierdzają to zapatrywanie. Narząd, któryby można nazwać narządem wątrobowo trzustkowym, posiada dwa ujścia: jedno stanowią jego przewody, drugie zaś krew.

Posiedzenie 3-cie kongresu było poświęcone dyskusyi nad drobniejszymi komunikatami, głównie tyczącymi się tyfusu brzusznego a zakończone z ogromną swadą wypowiedzianym wykładem G l é n a r d a o idealnych wynikach leczniczych kąpieli zimnych w tem cierpieniu.

Drugiego dnia kongresu, na pierwszem posiedzeniu dyskutowano nad wartością chemizmu żołądkowego pod względem klinicznym. Głównym referentem był H a y e m.

Pierwsza część referatu była poświęconą w znacznej części metodologii: mowca doszedł do wniosku, iż jedyną racyonalną metodą badania treści żołądkowej jest metoda W i n t e r a.

Posługując się wyłącznie tą metodą, obserwował H a y e m między innymi pewien typ patologiczny chemizmu żołądkowego, dotychczas nie opisany a polegający na zwiększeniu się ilości organicznych związków chlorowych w treści żołądkowej.

Ponieważ przebieg sprawy trawienia w rozmaitych żołądkach patologicznych jest bardzo różnym, samo porównywanie wyników analiz, dokonanych po upływie pewnego czasu po wprowadzeniu pokarmów do żołądka jest niedostatecznem; w jednym przypadku może np. sprawa trawienia dojść do *maximum* po upływie godziny, w innym zaś przypadku rozpoczyna się ona zaledwo w tym czasie. Należy więc badać chemizm żołądkowy w ciągu całego przebiegu sprawy trawienia czyli wykonywać serye analiz, z których dopiero można z pewną dokładnością sądzić o stanie, w jakim znajduje się dany żołądek.

W miarę tego, jak posługiwanie się sondą żołądkową w celach dyagnostycznych stawało się coraz pospolitszem, coraz częściej znajdywano cierpienia żołądkowe pochodzenia nerwowego, czyli t. z. zmiany czynnościowe żołądka, w których wrzekomo błona śluzowa żołądka zmian patologicznych nie przedstawia. Z bardzo licznych badań H a y e m a wynika, iż rzecz ma się wprost przeciwnie: zmiany anatomopatologiczne błony śluzowej żołądka są nadzwyczaj częste, zmiany zaś czynnościowe tej błony są zawisłe od danych zmian anatomo-patologicznych.

Z pośród licznych zmian błony śluzowej żołądka zwraca H a y e m uwagę na rozmaite formy pewnej zmiany, którą nazwał *gastritis parenchymatosa*.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8 Sierpnia 1895 r.

— W wyszłym właśnie zeszycie drugim z roku bieżącego *Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* mieści się na 223 stronnicach nader starannie opracowany przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego z roku 1894. Spis ten obejmuje 502 prace oraz odbyte nad niemi w korporacyach naukowych dyskusye. W szczególności znajdujemy w tym wykazie 5 prac z anatomii i histologii, 16 z fizyologii i chemii fizyologicznej, 16 z anatomii patologicznej, 7 z patologii ogólnej, 17 z bakteryologii i parazytologii, 12 z farmakologii i toksykologii, 8 z dyagnostyki lekarskiej, 4 z terapii ogólnej. 7 z klimatologii, balneologii i hidroterapii, 109 z patologii i terapii szczegółowej. 35 z laryngologii, rynologii i otyatryi. 76 z chirurgii, 18 z oftalmologii, 68 z ginekologii, 24 z akuszeryi, 21 z nauki o chorobach wenerycznych, 5 z dermatologii, 5 z medycyny sądowej, 20 z higieny, 13 z epidemiologii, 20 ze szpitalnictwa, statystyki i sprawozdań, 12 z historyi medycyny i biografij, 8 treści rozmaitej i 24 o nowych przyrządach.

Spis autorów obejmuje 273 nazwiska.

— Kwestyę dopuszczenia kobiet do nauki lekarskiej rozstrzygnął w Rosyi rząd w ten sposób, iż po wysłuchaniu opinii Rady Państwa postanowił założyć w Petersburgu instytut lekarski dla kobiet, nie dozwolił zaś im wstępu do wydziałów lekarskich innych w państwie uniwersytetów. Punkt ciężkości wykształcenia lekarskiego kobiet w instytucie petersburskim położono na położnictwo, ginekologią i pedyatryą. Na słuchaczki, których liczba jest ograniczona a zależy od ministra oświaty, dopuszczone są kobiety wyznania chrześciańskiego, nie liczące mniej niż 20 a więcej niż 35 lat. Do przyjęcia potrzeba korzystnego świadectwa władzy policyjnej i zezwolenia rodziców lub opiekunów, dla kobiet zamężnych zaś zezwolenia mężów. Osoby starające się o przyjęcie do rzeczonego instytutu muszą wykazać się z zupełnego ukończenia gimnazyum żeńskiego lub innego, stojącego na równi z niem zakładu naukowego i poddać się ewentualnie z języka łacińskiego dodatkowemu egzaminowi, w którym wymagać będzie się od nich tych samych wiadomości, co od młodzieńców kończących gimnazyum klasyczne. Kurs w instytucie trwa 4 lata, poczem słuchaczki obowiązane są do czynności praktycznej przez 1 do 3 lat w zakładach położniczych i szpitalach dla kobiet i dzieci. Minister oświaty mianuje komisye egzaminacyjne. Słuchaczki, które ukończyły kurs nauk w uniwersytecie ze skutkiem pomyślnym, otrzymają dyplom, stopień kobiety-lekarza, prawo do praktyki lekarskiej w ogólności a jako specyalistki do chorób kobiet i dzieci w szczególności i mogą zajmować posady lekarskie w szpitalach dla kobiet i dzieci, tudzież przy policyi obyczajności. Natomiast nie wolno im zajmować posad przy szpitalach ogólnych i sprawować czynności lekarskich przy rekrutacyi i czynności sądowo-lekarskich. Przy instytucie utworzonym będzie internat, w którym będą obowiązane mieszkać słuchaczki nie mieszkające przy rodzicach lub bliskich krewnych. Opłata roczna wynosi od każdej słuchaczki 100 rubli. Instytut, który będzie znajdować się pod bezpośredniem kierunkiem ministra oświaty, ma być otwarty 1. Stycznia 1897.

— Namiestnictwo galicyjskie zakazało ze względów sanitarnych nalepiania na pieczywie kartek z oznaczeniem firmy, ceny i wagi.

— Według doniesienia zrobionego Akademii umiejętności w Berlinie udało się prof. E. Fischerowi wspólnie z W. Achem po wielu nieudałych próbach wytworzyć sztucznie kofeinę i to na podstawie chemicznego pokrewieństwa między ksantyną, mocznikiem i kofeiną. Praktycznego znaczenia jeszcze nie ma ten wynalazek z przyczyny, iż kofeina sztucznie wytworzona jest teraz przynajmniej droższą znacznie od kofeiny otrzymanej z kawy.

— W półroczu letniem co właśnie ubiegłego roku szkolnego było na wydziałach lekarskich szwajcarskich: w Bazylei 146 studentów i 3 studentki, w Bernie 148 i 38, w Genewie 155 i 62, w Lozanie 85 i 9, w Zurychu 216 i 79, razem 941 uczących się, t. j. 750 studentów i 191 studentek, między nimi ze Szwajcaryi 586 studentów a tylko 13 studentek.

— Sprawą dopuszczenia kobiet do uniwersyteckiej nauki lekarskiej zajmowała się temi czasy komisya pruskiej izby posłów. Reprezentant rządu oświadczył w tej komisyi, iż nie można zalecać dopuszczenia kobiet do pewnych tylko wykładów; natomiast należy zastanowić się nad dopuszczeniem ich do systematycznej nauki lekarskiej w uniwersytetach, czemu ustawy przemysłowe bynajmniej się nie sprzeciwiają. W każdym jednak razie potrzeba w tej trudnej sprawie działać ostrożnie i rozważnie.

— **Konkurs.** W Radomyślu nad Sanem jest zaraz do objęcia posada lekarza miejskiego z pensyą roczną 250 złr. i dodatkami gminnemi. Pierwszeństwo mają doktorzy wszech nauk lekarskich wykazujący się przynajmniej dwuletnią praktyką. Zgłoszenia najpóźniej do 20. Sierpnia do miejscowej Zwierzchności gminnej.

— **Posady dla lekarzy.** Zarząd powiatowej kasy chorych w Jarosławiu w Galicyi ma do nadania od 1. Września r. b. trzy posady, dwie z pensyą roczną po 250 złr. i jednę z pensya roczną 100 złr., tudzież zwrotem kosztów jazdy do chorych mieszkających w odległości większej niż kilometr od śródmieścia. Podania do 15. Sierpnia 1895.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 31. B. Grzankowski: Przypadek mimowolnego oddawania moczu z powodu atonii pęcherza moczowego, wywołanej tyłopochyleniem macicy, uleczony za pomocą pochwowego przytwierdzenia macicy (*vaginofixatio uteri*). K. Stróżewski: O histeryi symulującej organiczne choroby układu nerwowego (dok.). S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 31. Z. Kramsztyk: Kilka słów o drgawkach w skutek ząbkowania u dzieci. W. Sztembarth: Przypadek cięcia cesarskiego pomyślnie zakończonego dla matki i płodu. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zeszycie 2-gim z roku 1895. E. W. Zieliński: O chorobie Glénarda. W. Janowski: Przyczynek do metodyki badań nad elastycznością. W. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy łuszczycy (*psoriasis*). B. Peltyn: O pożywieniu ludności włościańskiej. — W *Zdrowiu* Zeszycie lipcowym. K. Chomski: Określenie higienicznej wartości wody do picia. J. Polak: O winie i o przemyśle winnym (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 17. Sierpnia 1895 r. Nr. 33.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8
Telefonu Nr. 105.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 30

Ogłoszenia
przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 187, Clinton and 191, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu [1]).

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Dolegliwości, jakich doznają ludzie dotknięci wadą, zwaną płaskonogiem, bywają różnego stopnia; gdy jedni tylko stają się niezdolnymi do zawodów, połączonych z ustawicznem lub przynajmniej częstem i usilnem chodzeniem lub staniem z powodu łatwego męczenia się nóg i przemijających bólów, występują u innych te ostatnie w tak znacznym stopniu, że nie tylko do pomienionych powyżej zawodów się nie nadają, lecz muszą nawet całymi dniami lub tygodniami używać spokoju, gdyż chodzenie nawet mierne bywa dla nich niemożliwem.

Te właśnie bóle zmuszają właścicieli takich nóg do leczenia się i one też stały się powodem bliższych poszukiwań ze strony lekarzy, które wykazały, że nie każda płasko zbudowana noga a raczej stopa sprawia owo zmęczenie lub bóle, że niektóre szczepy odznaczają się taką budową płaskich stóp, jak n. p. murzyni, którzy mimo tego są wybornymi piechurami, że dalej wrodzone płaskonogi a raczej stopy szpotawe bardzo wysokiego stopnia służyć mogą do chodzenia bez wywoływania bólów.

Bolesny płaskonóg powstaje podówczas, jeżeli prawidłowa dotąd stopa w skutku okoliczności, w jakich się znajdowała, zmieniła się w krótkim przeciągu czasu na stopę płaską, przez co stosunek uczepienia pewnych grup mięśniowych doznał zmiany. Niektórzy autorowie uważali ból ten za objaw zapalenia mięśni, lecz G o s s e l i n i L o r e n z wykazali bezpodstawność tego twierdzenia i od nich też pochodzi dzisiejsza nazwa: *Pes valgus dolorosus, tarsalgie des adolescents* i *contracter Plattfuss*, przyczem podrażnienie nerwów zaopatrujących nadmiernie rozciągniętą torebkę stawową przenosi się na nerwy mięśni skręcających stopę (*m. pronatores*), które skutkiem tego ulegają skurczowi (*contractura reflectoria*).

Na tej też podstawie polega w początkowym okresie wzmiankowanych bólów zalecenie miesienia (*massage*) obok spokoju tejże stopy i noszenia na później klinowatych wkładek po wewnętrznej stronie podeszwy a leczenie to rzeczywiście jako racyonalne we wielu razach świetne odniosło skutki.

Gdy jednak z jednej strony leczenie to tylko chwilowe nieraz przynosi polepszenie a ze wzrostem choroby i dolegliwości stają się większemi i uporczywszemi, gdy zaś z drugiej strony nie wszyscy znajdują się w takich okolicznościach a właśnie choroba ta nawiedza przeważnie sfery pracujące, aby przez długie czasy oddawać się pielęgnowaniu swych nóg i to jeszcze pielęgnowaniu wymagającemu pewnego komfortu, przeto już od dłuższego czasu myśleli chirurdzy nad doszczętniejszym a krótszym sposobem leczenia tej przykrej choroby.

Tu należy prawie równocześnie pomyślana i wykonana przez dwóch operatorów niemieckich (T r e n d e l e n b u r g a i H a h n a) osteotomia obu kości podudzia tuż ponad kostkami celem zniesienia owego skrzywienia stopy w podobny sposób, jak to czyni M a c E v e n przy szpotawości kolana (*genu valgum*). Pierwszy z nich był dosyć zadowolonym z tej metody osobliwie w świeżych przypadkach, drugi zaś nie bardzo tak, że był zmuszonym uciec się czasem do drugiej operacyi, w której dodał postępowanie O g s t o n a, polegające na wydłutowaniu klina w okolicy stawu skokowo-czółenkowego.

Na 22-gim wiecu chirurgów niemieckich, odbytym w Berlinie w r. 1893., przedstawił G l e i c h, elew kliniki

[1]) W streszczeniu wyłożone wraz z przedstawieniem rekonwalescenta na VII. zjeździe chirurgów polskich.

Billrotha nową, bardzo zmyślną metodę, w której, wychodząc z tego założenia, że tak metoda Ogstona, jako też Trendelenburga-Hahna działają zaenergicznie, ograniczył się do przepiłowania tylnej części kości piętowej w tym celu, aby ją ku dołowi nieco zesunąć, w takiem położeniu przygoić i tym sposobem wytworzyć nowy, dostateczny łuk nartowy w stopie.

Metoda jego składa się z następujących szczegółów: 1) Podskórne przecięcie ścięgna Achillesowego. 2) Cięcie skórne strzemiączkowe podobne, jak pierwsze cięcie przy operacyi Pirogowa. 3) Przepiłowanie kości piętowej w kierunku z góry na dół i od tyłu ku przodowi i przesunięcie tylnej jej części ku dołowi i wewnątrz. Sam autor nie miał sposobności wypróbowania tej teoretycznie dobrze pomyślanej metody, lecz wykonali ją inni po trzykroć a mianowicie raz Eiselsberg w Wiedniu i dwa razy Brenner w Lincu. Pierwszy operował zupełnie według zasad wypowiedzianych przez autora, drugi zaś, jakby przeczuwał zarzut metodzie tej później w dyskusyi przez Trendelenburga uczyniony, że niekorzystną jest blizna na podeszwie, zmienił kierunek cięcia na boczne, ukośnie z góry i tyłu ku przodowi i dołowi po stronie wewnętrznej przebiegające, nadto zaniechał w drugim przypadku tenotomii.

Przed kilkoma miesiącami nadarzył mi się przydatny do powyższej operacyi przypadek a gdy, jak to powyżej wykazałem, liczba ich jest jeszcze bardzo szczupłą, przeto pospieszam z ogłoszeniem go tembardziej, że poczyniłem w postępowaniu pewne zmiany, które, zdaje się, dosyć korzystnie wpływają na dalszy wynik operacyjny.

Abraham Windholz, l. 17 liczący, uczeń szklarski z Wieliczki, zgłosił się 1. Kwietnia 1895 r. w ambulatoryum

Figura I.

a. b.



pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza, skarżąc się na dolegliwe, od pół roku coraz to bardziej zwiększające się bóle w stawie skokowym. Po przyjęciu go do oddziału okazało badanie stan następujący: Budowa i odżywienie wiekowi odpowiadające, narządy wewnętrzne bez widocznych zboczeń. Stopa lewa ustawiona w pronacyi tak, że podeszwa przedstawia się jakby spłaszczona, o zmniejszonej znacznie wklęsłości po stronie wewnętrznej, co najlepiej przedstawia się na załączonym niżej ichnogramie (fig. 1. *a*, *b*.). Guz kości czółenkowej sterczy wyraźniej ku wnętrzu, niż to bywa w stanie prawidłowym, a nadto jest on położonym poniżej linii łączącej guz piętowy z główką pierwszej kości śródstopia (wymiar przezemnie podany), gdy w stanie prawidłowym leży on na samej linii rzeczonej, lub, w razie znacznego wysklepienia nartu, nawet wyjątkowo powyżej.

Na tej podstawie rozpoznałem *pes planus sinister dolorosus* i postanowiłem operować go sposobem Gleicha.

Dnia 5. Kwietnia 1895. wykonano operacyą w narkozie chloroformowej i w nieco odmienny sposób, do którego doszedłem następującem rozumowaniem. Uznając zarzut, że blizna pozostająca na podeszwie może przy chodzeniu ulegać drażnieniu, za słuszny, postanowiłem przenieść ją w inne miejsce, jak to zresztą uczynił był już Brenner; tylko rozumowałem dalej: mam ja osobno wykonywać tenotomię ścięgna Achillesowego a osobno cięcie dla przepiłowania kości piętowej, wolę oba cięcia te połączyć w jedno i w ten sposób powstało cięcie również w kształcie lit. U, lecz ∩, t. j. że wypukłość przypadała na samo ścięgno, gdy ramiona przebiegały od tyłu i góry ku dołowi i przodowi aż do kości piętowej. Tym sposobem przeciąłem ścięgno Achillesowe i odsłoniłem sobie tylną część kości piętowej, którą teraz swobodnie przepiłowawszy dowolnie mogłem zostawić, przesuwać a nadto w nowem położeniu utwierdzić szwami z grubego katgutu. Szereg szwów, zespajających skórę zakończył operacyę.

Figura II.



Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Opatrunek zmieniono po 14 dniach; zagojenie *per primam*. Jaki zaś skutek odniosła sama operacya, możemy wnosić raz z odcisku podeszwy zrobionego w 6 tygodni po operacyi (fig. 2.) a powtóre z twierdzenia rekonwalescenta, że zupełnie dobrze chodzi i może oddawać się pracy zawodowej.

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

W nowszych czasach zwrócono uwagę na przerost grasicy, który ma być przyczyną uduszenia się. Grawitz (*Deu-*

tsche med. Wochenschr. 1888) opisał dwa przypadki śmierci nagłej osesków, w których za przyczynę śmierci uważał tylko przerost grasicy z następowym uciskiem krtani. Nordmann (*Schweiz. Corr.* 1889) sekcyonował zwłoki mężczyzny zmarłego nagle po kąpieli. Objawy sekcyjne przemawiały za śmiercią z uduszenia, nie znalazłszy atoli prócz przerostu grasicy i gruczołów żadnej innej zmiany chorobowej, podobnie jak Paltauf (*Über die Beziehungen der Thymusdrüse zum plotzlichen Tode. Wiener kl. Wochschft.* 1889) nadmienia, że ucisk wywarty przez grasicę na tchawicę może dać powód do zejścia śmiertelnego, ale przez porażenie serca wskutek zmęczenia fizycznego lub choroby gorączkowej lub wskutek innych affektów i to u osób cierpiących na obrzmienie gruczołów limfatycznych i powiększenie grasicy. Nieraz trafia się śmierć nagła u dzieci śpiących razem z rodzicami, których jednak nie można podejrzywać o zaduszenie swych dzieci. Seydel (*Vierteljahr. für ger. Med.* 1893) pisze, że przerost grasicy może być przyczyną śmierci z uduszenia, szczególniej wtedy, gdy główkę oseska lub dziecka w tył się wykręci, przez co grasica łatwo może ucisnąć nerwy błędne. Vibert (*Annal d'hyg. publ. et méd. legale.* 1895) nie bardzo skłania się jednak do przyjęcia podobnego tłómaczenia a tłómaczy przyczynę śmierci wprost z zatamowania systemu nerwowego przez sen. Słusznie jednak zauważył Wachholz (*Przegląd lekarski.* 1895. O śmierci nagłej u osesków), że zdania podobne nie tłómaczą wcale przypadków śmierci nagłej osób dorosłych i podaje na podstawie swoich poszukiwań, że nie można przyznawać przerostowi grasicy takiej roli, lecz trzeba szukać gdzieindziej rozwiązania zagadki. W Kwietniu b. r. sekcyonowałem zwłoki dziecka 3-letniego zmarłego nagle wśród zabawy.

Przy sekcyi znalazłem przerost grasicy i gruczołów limfatycznych obok przerostu serca. W orzeczeniu zwróciłem uwagę na ten przerost serca, uważając go za przyczynę śmierci u dziecka, dotkniętego przerostem grasicy i gruczołów. Ewald z Wiednia przypisuje i wolowi znaczenie. Jego zdaniem powiększenie wola może być skutkiem zaciśnięcia naczyń krwionośnych, przez co przychodzi do obrzęku guza, rozdzielającego się po śmierci; uciśnięcie zaś naczyń żylnych przez guz może być powodem obrzęku głośni, który trzeba uważać za przyczynę uduszenia. Każdy prosektor wie dobrze, że wól nietylko jest w stanie wywołać tę zmianę, ale że może sprawić przez zrosty z tchawicą jej ucisk, nadto i różne zniekształcenia tchawicy, na które już Roser zwrócił uwagę. Ucisk długotrwały wola nieraz wywołuje zwiotczenie zupełne tchawicy, zanik chrząstek tchawicy a wskutek tego często po usunięciu wola drogą operacyjną przychodzi do nagłego zapadnięcia się ścian tchawicy, co daje powód do nagłego uduszenia.

Ze śmiercią nagłą spotykamy się również dość często u noworodków w przebiegu asfiksyi, która, jak wiemy, polega na powstrzymaniu dostępu tlenu do ustroju, tudzież powstrzymaniu wydalenia bezwodnika węglowego z ustroju, co się stać może w łonie matki lub dopiero po urodzeniu się. Przyczyny, które w łonie matki wywołać są w stanie asfiksyą dziecka, mogą wychodzić albo ze strony matki, n. p. wskutek zaburzenia w krążeniu łożyskowem, chorób matki, albo też płodu, n. p. wskutek przedwczesnego oddzielenia się łożyska, ucisku pępowiny lub mózgu. Z chwilą, gdy przerywa się oddechanie płodowe, rozpoczyna się u noworodka duszność, następstwem którego jest oddech. Gdy się to dzieje w macicy, płód inspiruje wody płodowe, śluz lub krew, co wszystko prowadzi do asfiksyi. Podobnież spotykamy się z asfiksyą dziecka po porodzie, zwłaszcza gdy ono urodziło się osłabione, chore, niezdolne do oddechania.

To, co się zdarza tak często u noworodków, spotykamy też u starszych, mianowicie wtedy, gdy krążenie ustaje, lub gdy krwi znajdującej się w płucach jest mało i krew do tego stopnia zawiera mało tlenu, iż on nie wystarcza, by pokryć ubytek tlenu w ustroju lub też, gdy krew w płucach traci zdolność przyjmowania tlenu. We wszystkich tych przypadkach śmierć nastaje przez uduszenie.

Przejdźmyż teraz do omówienia tych stanów z osobna.

I. Krążenie krwi ustać może zupełnie wskutek

a) porażenia serca,

b) albo zadziałania trucizn na ustrój,

c) albo wstrząsu.

Wydaje się dziwnem, że jeszcze dzisiaj znajdują się lekarze, nie uznający śmierci wskutek porażenia serca i naśmiewający się z rozpoznających je kolegów. Śmiało mogę im powiedzieć, że wiadomości ich z anatomii patologicznej są powierzchowne. Porażenie serca jest nader często przyczyną śmierci nagłej i to z wad serca, otłuszczenia lub stłuszczenia jego, w zwyrodnieniu włóknistem mięśnia sercowego, przy tętniakach, nowotworach, pasożytach, fragmentacyi serca, wreszcie przy zmianach w tętnicach wieńcowych.

Sekcyonując w ostatnich trzech latach prawie wszystkie przypadki śmierci nagłej koło Krakowa na prowincyi, nieraz się spotykałem z podobnemi zmianami a rozpoznając porażenie serca na tle zboczeń patologicznych, stanowczo usuwałem podejrzenie czegoś innego. Jeszcze dotychczas żywo mi tkwi w pamięci przypadek z roku 1893. Na drodze prowadzącej do Krakowa znaleziono zmarłego mężczyznę, u którego z wejrzenia już małej rany na potylicy podejrzywali oglądający śmierć gwałtowną, zadaną w celu rabunku, gdyż nie znaleźli przy zmarłym kwoty dość wielkiej, którą on otrzymał przed wieczorem. Przyaresztowano nawet jednego z murarzy, u którego znaleziono pomienioną kwotę, który jednak uporczywie twierdził, iż pieniądze te tylko wyjął nieboszczykowi. Przy sekcyi wezwany przez lekarzy (obducentów), nie umiejących podać właściwej przyczyny śmierci, znalazłem kilka kilaków w mięśniu sercowym, co i mikroskopem później stwierdziwszy, usunąłem podejrzenie morderstwa. Drugi ciekawy przypadek tyczył się kobiety niosącej wodę po ciemnych schodach, u spodu których znaleziono ją bez życia. Ciekawy przypadek z rozmaitych względów a to, iż albo sama idąc w ciemności potknęła się i spadła na dół, gdzie się zabiła albo też przez kogo innego została popchnięta. Przy sekcyi znaleziono tylko serce kruche, gliniaste, pod mikroskopem wyraźną fragmentacyę okazujące. Opierając się na tej podstawie, przypuściłem, że u kobiety owej, mającej ową zmianę w mięśniu sercowym natężenie fizyczne sprowadziło samoistne porażenie serca a spadnięcie ze schodów było tylko jego następstwem. W Wiedniu widziałem przypadek sekcyonowany przez prof. Koliskę, tyczący się kobiety starszej, u której Neusser w ostatnich dniach jej życia rozpoznał zanik nerwu błędnego. Zmarła wśród objawów porażenia serca a sekcya nie wykazała żadnych zmian w mięśniu sercowym, lecz tylko w nerwie błędnym. Ileż to razy śmierć nagła jest następstwem zatoru lub

zakrzepu tętnicy wieńcowej lub jej zwężenia na tle miażdżycy. Niekiedy pośrednio następuje śmierć nagła z porażenia serca wskutek zatoru tętnic płucnych, już to tłuszczowych lub powietrznych przy złamaniach kości, już też innej natury na tle operacyi, chorób zakaźnych lub nowotworów. Hofmann (*Friedreichs.-Bl.* 1892) podał przypadek śmierci nagłej skutkiem zatoru tętnicy płucnej po wstrzyknięciu przez akuszerkę środka żrącego do macicy ciężarnej w celu spędzenia płodu.

Drugi rodzaj śmierci nagłej z porażenia serca jest skutkiem trucizn działających na ruchy tego organu. Dość wspomnieć o naparstnicy, alkoholu i t. d. Tutaj zwracam uwagę na przypadek śmierci nagłej w skutek upojenia ostrego alkoholem, który opisałem w *Wiener Med. Presse.* 1895. I), gdzie wykluczyłem stanowczo morderstwo.

Na trzeciem miejscu postawiłem śmierć nagłą wskutek wstrząsu. Przez wstrząs (*shok*) rozumie Hofmann ustanie nagłe akcyi serca, wywołane drogą odruchu przez nadmierne podrażnienie nerwów czuciowych obwodowych. Inni, jak Gröningen, nie zgadzają się bardzo z tem tłómaczeniem, przypisując przyczynę zadziałaniu ważnych czynników na rdzeń przedłużony. Z rozpoznaniem śmierci nagłej wskutek wstrząsu trzeba być nadzwyczaj ostrożnym; każdemu powinny tkwić w pamięci przypadki opisane przez Wagnera, Halma, którzy w tych przypadkach, w których inni za przyczynę śmierci nagłej uważali *shok*, wykazali śmierć wskutek wessania produktów gnilnych. Zenker (*Deutsche Z. f. ger. Med.* 1874) rozpoznał śmierć nagłą z wstrząsu przy krwotoku trzustkowym, który według jego zdania wstrząsnął zwojem półksiężycowym i splotem słonecznym (*plexus solaris*); Rembold jednak (*Ueber Pankreasblutungen* 1887), Dittrich (*Vierteljahr. f. ger. Med. LII*), Chiari nie przypisują krwotokom trzustkowym tak wielkiego znaczenia, zwracają wszakże uwagę na nie o tyle, o ile one świadczyć mogą [o zaburzeniach w krążeniu. Krwotoki trzustki zdarzyć się mogą, jak wiemy, wskutek obumarcia trzustki, zgorzeli jej, zwyrodnienia tłuszczowego lub miąższowego. Na szczególniejszą uwagę zasługują przypadki śmierci nagłej skutkiem wstrząsu, opisane przez Maschkę (*Vierteljahr. f. ger. Med.* 1879), po uderzeniu w brzuch, podobnież Hofmanna (*Lehrbuch der ger. Med.* 1895). Że rzeczywiście uderzenia w brzuch mogą być przyczyną nagłej śmierci, przemawiają za tem doświadczenia Goltza, który opukując młoteczkiem brzuchy żab, zawsze sprowadzał u nich ustanie akcyi serca.

Powyżej już wspomniałem, że śmierć nagła trafić się może i wtedy, gdy krwi znajdującej się w płucach jest tak mało, iż tlen w niej zawarty nie wystarcza na potrzeby ustroju. Zdarzać się to może wskutek silnych krwotoków, uciśnienia płuc przez powietrze, ropę płyny, wreszcie skutkiem spraw chorobowych toczących się w płucach, jak zapalenia rozlanego, gruźlicy, nowotworów. W końcu nadmieniłem, że śmierć nagła nastąpić może, gdy krew utraciła zdolność przyjmowania tlenu w płucach. Typowym przykładem tego jest, n. p. zaczadzenie, w którem CO łączy się z hemoglobiną tak ściśle, iż później tlen w żaden sposób nie zdoła go uwolnić z tego połączenia.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przypadek V.

L. prot. zakł. 23. G. J., lat 56. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w klinice prof. Rydygiera.

Badanie preparatu. Macica zachowana w spirytusie bez części dodatkowych, mniejsza od prawidłowej; przekrój z przodu w tył. Długość macicy 7·2 cm. Długość jamy 5·9 cm. Grubość ściany w trzonie w wysokości odejścia więzadła okrągłego 1·5 cm. Błona śluzowa jamy macicy bardzo cienka, gładka, więcej do surowiczej błony podobna. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, przeważnie warga tylna od strony prawej; nowotwór na szyję nie przechodzi.

Badanie preparatów z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare port. vagin.*

Badanie skrawków błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje: Błona śluzowa miejscami prawidłowej grubości, w innych miejscach znacznie cieńsza. Powierzchnia pokryta przybłonkiem wałeczkowym, nieco niższym. W warstwie powierzchownej błony śluzowej, mniej znacznie w warstwie bliżej mięśni nieco więcej, ale nie więcej niż w prawidłowych stósunkach, tu i owdzie gruczoły rozszerzone w kształcie torbielków, w których przybłonek jest mocno spłaszczony. Gruczoły na przekroju mają kształt okrągły a więc przebiegają równolegle do błony śluzowej; znajdują się też i w powierzchownej warstwie mięsnej, ale zresztą granica między błoną śluzową a warstwą mięsną jest ostra i wyraźna. W świetle gruczołów znajdujemy nieliczne leukocyty. Tkanka międzygruczołowa składa się z komórek okrągłych w jednym okresie rozwoju z masą międzykomórkową bezpostacią a nadto widzimy dużo leukocytów; w naczyniach o ścianach grubszych mamy dużo ciałek krwi, to samo dużo ciałek krwi w powierzchownych warstwach błony śluzowej w nowej tkance, jak to bywa podczas menstruacyi lub *endometritis haemorrhagica.* Obok tego mamy naciek drobnokomórkowy obok gruczołów. Naciek ten towarzyszy n. p. gruczołom znajdującym się w tkance mięsnej, chociaż kończy się z granicą błony śluzowej i naciek bardzo wyraźnie a zatem tkanka widocznie oddziaływa wobec drążenia gruczołów.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis atrophicans.*

Przypadek VI.

L. prot. zakł. 24.

Bliższych szczegółów historyi choroby nie ma.

Badanie preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi. Przekrój z przodu w tył. Macica znacznie większa, kształtu kulistego. Długość macicy 9·6 cm., długość jamy, która jest znacznie rozszerzona, wynosi 8 cm. Grubość ściany w wysokości odejścia więzadła szerokiego 2 cm. Część pochwowa smukła, zajęta przez nowotwór. Nowotwór na szyję nie przechodzi. W jamie macicy znajduje się skrzep krwi wielkości śliwki. Stanowił on dawniej zapewne odlew kształtu jamy. Błona śluzowa cienka, gładka.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie drobnowidowe skrawków błony śluzowej wykazuje: Błona śluzowa grubsza, niż w stósunkach normalnych. Powierzchnia miejscami przybłonkiem pokryta.

Zgrubienie błony śluzowej pochodzi od powiększonej ilości gruczołów, ale i od zwiększonej ilości tkanki łącznej. Gruczoły co do wielkości nietylko nie powiększone, ale owszem światła ich raczej zmniejszone, jakby zaciśnięte. Przybłonki w gruczołach prawidłowe. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna, chociaż tu i ówdzie gruczoł znajduje się już w warstwie mięsnej. Tkanka międzygruczołowa obfita, komórkowa a zatem mocno się tworząca. Naczyń drobnych bardzo znaczna ilość w grupach po kilkanaście obok siebie. Śródbłonek mocno spęczniały i ściany bardzo grube tak, że niektóre naczynia mają światło bardzo zwężone a niektóre nawet zamknięte. W tkance międzygruczołowej znajdują się rozszerzone leukocyty.

Rozpoznanie. *Endometritis incipiens glandularis, nec non interstitialis.*

Przypadek VII.

L. prot. zakł. 41. S. M., lat 34. Operowana w klinice położniczo-ginekologicznej prof. Madurowicza. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri exulcerans.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Macica większa i grubsza. Długość macicy 9 cm. Długość jamy 6·8 cm. Grubość ściany, która okazuje bardzo zbite utkanie, 2·2 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przeszedł na dolną część szyi, ale ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu wynosi 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy gładka, cienka, tylko w okolicy ujścia macicznego trąbki nieco pofałdowana.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa prawie w zupełności zanikła do tego stopnia, że są miejsca, w których tuż pod przybłonkiem powierzchnię błony śluzowej pokrywającym a prawie utrzymanym na całym obszarze, tylko nieco spłaszczonym, znajdujemy bezpośrednio warstwę mięsną. Gruczołów w tych miejscach wcale nie ma a tu, gdzie jest warstwa błony śluzowej choć cienka, gruczoły należą do rzadkości. W świetle gruczołów mamy leukocyty i ich części rozpadowe w postaci drobnych ziarn; naczyń w tkance międzygruczołowej, która jest bardzo skąpa, włóknista, nie widać na tle *haematometra.*

Rozpoznanie. *Atrophia mucosae uteri.*

Przypadek VIII.

L. prot. zakł. 49. N. N., lat 55. Operowana w domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego przez prof. Mikulicza. Rozpoznanie: *Carcinoma port. vagin. et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica większa i grubsza, o ile można wnosić z trzonu macicy, gdyż części pochwowej i dolnej części szyi prawie brak (prawdopodobnie część ta została urwana narzędziem podczas operacyi z powodu kruchości). Nowotwór zajął już dolną część ciała macicy tak, że odległość od *fundus* do nowotworu wynosi 2 cm.

Błona śluzowa w dnie macicy w miejscach niezajętych nie okazuje żadnych zmian; może jest nieco grubsza. Kawałki do badania wzięto z nowotworu i z dna macicy po stronie prawej.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie gruczolaku zniekształcającego (*adenoma destruens*). Przypadek ten opracował pod względem anatomo-patologicznym i opisał jako *adenoma destruens* prof. Mars [1]). Miejsc jednak błony śluzowej makroskopowo niezmienionych nie badał.

Badanie skrawków z dna macicy wykazuje: Błona śluzowa niegruba, o powierzchni falistej; na powierzchni przybłonek utrzymany, nieco spłaszczony. Tuż pod powierzchnią błony śluzowej jest warstwa zbitej tkanki łącznej włóknistej; pod nią wązki pasek utworzony przez gruczoły równolegle do powierzchni błony śluzowej biegnące, jakby przez tkankę łączną ściśnione, pod tą warstwą mamy znowu pasmo tkanki łącznej zbitej a pod nią drugą warstwę gruczołów kształtu cewek, wielokrotnie się rozgałęziających, przegrodami zbitej tkanki łącznej oddzielonych, w kierunku prostopadłym i skośnym do powierzchni błony śluzowej ułożonych. W wielu miejscach przegrody są zniszczone a gruczoły łączą się ze sobą, tworząc do światła wypustki brodawkowate (jak to spotykamy w nowotworach jajników). Przybłonek w gruczołach w kilku warstwach; czasem wypełnia całe światło gruczołów. Komórki przybłonkowe w gruczołach nie barwią się wyraźnie a najsłabiej te, które znajdują się w środku światła gruczołu, jakby to była masa obumierająca. Grubość błony w różnych miejscach jest niejednaka; czasem gruczoły nielicznie znajdują się już w warstwie mięsnej, lecz granica jest między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa skąpo włóknista, zawiera mało komórek. W przegrodach łączno-tkankowych widać gruczoły nowowytworzone o pojedynczej warstwie komórek przybłonkowych, mocno spłaszczonych.

Rozpoznanie. *Adenocarcinoma musosae uteri.*

Przypadek IX.

L. prot. zakł. 70. S. K., lat 33. Operowana w klinice chirurgicznej. Rozpoznanie. *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi, większa i w ścianach grubsza. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 9 cm. Długość jamy macicy 7·5 cm. Grubość ściany 2·5 cm.

Nowotwór zajmuje całą część pochwową i szyję i dochodzi aż do ujścia wewnętrznego. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare.*

Badanie skrawków błony śluzowej z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa cienka, ale nie we wszystkich miejscach jednakowo. Na powierzchni tu i ówdzie przybłonek utrzymany. Gruczołów jest mało, o świetle wąskiem; gruczoły znajdują się i w powierzchownej warstwie mięśni, lecz granica między jedną a drugą jest wyraźna. Tkanka międzygruczołowa dosyć obfita, komórkowa, około gruczołów i naczyń więcej komórek o różnych postaciach od okrągłych aż do wrzecionowatych. Naczyń nie wiele a ściany ich grubsze; śródbłonek napęczniały, przez co światło naczyń zwężone. W świetle gruczołów znaleść można leukocyty, w których jest wyraźna fragmentacya.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis atrophicans.*

Przypadek X.

L. prot. zakł. 96. W. R., lat 28. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.* Operowana w klinice położniczej prof. Madurowicza.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie, bez części dodatkowych, większa i w ścianach grubsza. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 9·3 cm. Długość jamy 7·8 cm. Grubość ściany 1·8 cm. Nowotwór zajmuje całą część pochwową i szyję, dochodzi do ujścia wewnętrznego, lecz go nie przekracza. Błona śluzowa jamy macicy wszędzie gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Adenocarcinoma cervicis.*

Badanie skrawków błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje: Błona śluzowa znacznie grubsza, na powierzchni przybłonek utrzymany. Gruczołów bardzo dużo; są one trybuszonowato pokręcone i wydłużone. Gruczołów więcej daleko w warstwie tuż nad mięśniami, niż w powierzchownej a tylko mała liczba przewodów gruczołowych uchodzi na powierzchnię błony śluzowej, czyli, że gru-

---

[1]) Mars: O złośliwym gruczolaku macicy. Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Wydziału matem.-przyrod. Akad. Umiej. 1. Lutego 1892. Kraków 1892.

czoły przebiegają w kierunku równoległym lub skośnym do powierzchni błony śluzowej. Przybłonek w gruczołach utrzymany, prawidłowy. Pomiędzy błoną śluzową a warstwą mięsną widać ostre odgraniczenie. Tkanka międzygruczołowa obfita, bliżej powierzchni zawiera komórki wrzecionowate i owalne i widać wśród nich utkanie włókniste; w warstwie głębszej a szczególnie koło naczyń i gruczołów obok komórek wrzecionowatych jest dużo komórek okrągłych. Na powierzchni błony śluzowej znajdujemy krew; to samo i w powierzchownych warstwach błony śluzowej i w naczyniach tak, że robi to wrażenie, że mamy do czynienia z błoną śluzową podczas peryodu.

W warstwie mięsnej tuż pod błoną śluzową są miejsca, w których tkanka się nie barwi, zarysy są niewyraźne i przedstawia się to tak, jak tkanka obumarła, lub jak zwyrodnienie szkliste (*hyaline Degeneration*). Być może, że pochodzi to ztąd, że światła naczyń pewnych są zatkane.

W naczyniach drobnych takie same zmiany jak w innych przypadkach, ale mniej wybitne.

R o z p o z n a n i e. *Endometritis glandularis productiva et interstitialis.* (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologia.

Z i e g l e r: **Związek urazów z nowotworami złośliwymi.**

Niema patologa, któryby urazów w najszerszem tego słowa znaczeniu nie wprowadzał w pewien, bliższy czy dalszy związek przyczynowy z powstawaniem i rozwojem nowotworów złośliwych. Pomijając niepopartą dotąd dostatecznymi dowodami teoryę pasorzytniczą powstawania nowotworów, w której zresztą łatwo znalazłoby się miejsce na przyznanie urazom roli poważnej, wszystkie inne hipotezy, w bardzo rozmaitym zresztą stopniu przypisują pewne znaczenie przyczynowe zarówno jednokrotnym, jak powtarzającym się urazom, częstym mechanicznym podrażnieniom blizn i wrzodów, wreszcie przewlekłym sprawom zapalnym, które w pewnem znaczeniu również zaliczyćby można do urazów. Kiedy jednak jedni, jak n. p. Cohnheim, sprowadzający wszystkie nowotwory do rozwoju zbłąkanych ognisk komórkowych jeszcze z życia płodowego, lub Billroth, Lücke, Verneuil, Guibout i inni, hołdujący przypuszczeniu, że istnieje pewne usposobienie osobnicze (dyateza, dyskrazya) do powstawania nowotworów, wpływom urazowym przypisują tylko podrzędne znaczenie przyczyn wywołujących, kiedy drudzy widzą w nich tylko przyczyny usposabiające, odleglejsze i to nie jedyne, jak n. p. König, E. Ziegler, Thiersch, Waldeyer, Rindfleisch i Ribbert, to inni, w ich liczbie Virchow, Weber, Kühne, Bard i Helmkampff a wreszcie i autor dopatrują się między wpływami urazowymi a powstawaniem nowotworów związku bezpośredniego, niektórzy nawet do nich wyłącznie odnoszą część spraw nowotworowych.

Autor streszcza szczegółowo wypowiedziane dotychczas zapatrywania i przypuszczenia a zestawiwszy bardzo pracowicie i dokładnie dość długi szereg spostrzeżeń cudzych, udowadniających bezpośredni związek przyczynowy urazów z powstawaniem nowotworów złośliwych, przytacza własną statystykę, zebraną w ciągu lat pięciu w klinice chirurgicznej w Monachium. Obejmuje ona 499 nowotworów złośliwych; z tego: raków 328 i to 117 u mężczyzn, 211 u kobiet (po potrąceniu raków sutka i części płciowych 107 u mężczyzn, 41 u kobiet); urazów jednokrotnych 55, podrażnień chronicznych 92; mięsaków 171 i to 81 u mężczyzn, 90 u kobiet; urazów jednokrotnych 35, chroniczych podrażnień 32. Spostrzeżenia autorów potwierdzają więc, jak się zdaje, dawniejsze przypuszczenie, że w powstawaniu mięsaków urazy jednokrotne, w powstawaniu raków wielokrotne podrażnienia przeważną odgrywają rolę.

Rola urazów jednokrotnych w świetle rozmaitych statystyk rozmaicie się przedstawia. Rapok znalazł je w 20%, Wolff w 14%, Liebe tylko w 8·7%, Maas nawet ledwo w 1% przypadków. Cyfra autora (18%) zajmuje miejsce wysokie.

Na 170 przypadków raka sutka u kobiet (u mężczyzny tylko jeden), jakie autor spostrzegał, zanotowano w historyi choroby 37 razy uraz jednokrotny (22%). Inne statystyki podają tu cyfrę bardzo zmienną, bo od 1% do 25·4%. Przebytych zapaleń sutka znalazł autor 16; rozdzielając tę liczbę na 88 kobiet (po potrąceniu tych, które nie rodziły) otrzymuje autor 18%. Ponieważ zaś według Winkla 6% wszystkich rodzących przebywa zapalenie sutka, przeto według autora wysoka owa odsetka, bo trzykroć znaczniejsza, przebytych zapaleń u dotkniętych rakiem sutka, świadczy o niewątpliwym i bezpośrednim związku przyczynowym obu spraw. Przemawiają za nim i inne statystyki, które oprócz jedynej Billrotha (2·5%) wykazują od 9—21% przebytych zapaleń u dotkniętych rakiem. Wpływu chronicznych podrażnień, zdaje się, wyraźnie dowodzi częstość raka u kobiet, których sutki są przez położenie swoje ciągle na urazy narażone, jakoteż okoliczność, że rak rozwija się najpierw w górnym zewnętrznym odcinku sutka, najwięcej odsłoniętym a najrzadziej najpierw w dolnym wewnętrznym, najbardziej zakrytym odcinku (w statystyce autora na 108 przypadków 27 i 7).

Częstość raków warg u mężczyzn (na 44 przypadków 35 u mężczyzn) przypisuje autor tej okoliczności, że ludność miejska okoliczna (a z niej pochodziło 40 chorych), zarostu nie nosząc, częstem goleniem skórę drażni. Wpływ palenia tytoniu w statystyce autora się nie uwydatnia, co ma się tłómaczyć tem, że ludność nie używa krótkich, mocno drażniących fajek. W znacznej liczbie przypadków (16) powstawał rak wargi na miejscu często zdrapywanych brodawek i strupków; podobny jego początek znalazł autor w 16 na 37 przypadków raka skóry głowy.

Na 9 przypadków raka prącia w 7 przypadkach istniała poprzednio znacznego stopnia stulejka (*phimosis*).

W pierwotnych rakach kończyn prawie wszystkie powstały na tle przewlekłych zapalnych lub mechanicznych podrażnień.

Wpływ urazów i to jednokrotnych jest najciekawszym i najwięcej uznanym w przypadkach mięsaków kończyn. Autor wykazuje go w 12 na 44 przypadków; nie zaprzecza jednak, że chorzy w tych szczególnie przypadkach lubią doszukiwać się związku między szybko rosnącym guzem a jakiemś uderzeniem, zranieniem i t. d. Rola urazów w powstawaniu mięsaków innych okolic ciała nie zaznacza się tak wyraźnie. W ogóle na 499 przypadków znalazł autor poprzedzających urazów jednostronnych 90 (18%), przewlekłych podrażnień 124 (23·8%).

Autor przyznaje, że kilka razy wywiady nie były dość dokładne, aby można bez krytyki odnosić powstanie nowotworu do urazu, zwłaszcza jednokrotnego. Przypuszczając nadto, że oprócz urazu działają niewątpliwie nieraz inne, nieznane jeszcze czynniki, podkreśla jednak autor okoliczność, że w przeważnej liczbie przypadków, które szczegółowo opisuje, można wykazać bezpośrednie przejście, nieprzerwaną ciągłość sprawy chorobowej między chwilą zadziałania urazu a rozwojem sprawy nowotworowej w samemże obrażonem miejscu. Odrzucając więc nawet te przypadki, które nasuwają jakąkolwiek wątpliwość, pozostają jeszcze bardzo wysokie odsetki nowotworów, poprzedzonych przez uraz; okoliczność ta, zdaniem autora, dostarcza stanowczego dowodu na poparcie teoryi Virchowa, odnoszącej powstawanie nowotworów do zmian miejscowych (jednokrotnych urazów, przewlekłego działania bodźców chemicznych i mechanicznych, spraw zapalnych) a zaprzeczającej jakiegokolwiek znaczenia wpływom nerwowym lub osobniczym; w każdej zaś innej teoryi rola urazów powinnaby zająć wybitniejsze, niż dotąd, miejsce.

Sprawa wpływów urazowych na powstawanie nowotworów zajmować powinna nietylko patologa; ma ona bowiem doniosłe znaczenie praktyczne. Pomijając dochodzenia sądo-

wo-lekarskie, rzadko tylko w tym kierunku się rozwijające, wskazuje autor na znaczenie, jakie rozstrzygnięcie tej kwestyi mieć może w sprawach ubezpieczenia od przypadków (w których lekarz występuje jako znawca), objaśniając rzecz kilkoma przykładami. z własnej statystyki zaczerpniętymi. (*Münchener medic. Wochenschrift.* 1895. Nr. 27. i 28).

Dr. Ciechanowski.

Chirurgia.

P. T. Sklifasowski: **O trepanacyi wyrostka sutkowego** *(processus mastoideus).*

Operacyę tę zaproponował w r. 1649. pierwszy Riolanus, jednakże do r. 1860. dawała ona wyniki tak niepomyślne, że uważano ją za zbyt niebezpieczną; przyczyną zaś tego były już to nieznajomość anatomii, już to brak dokładnie wyrobionych wskazań do operacyi. W r. 1860. dopiero Sorget a przedewszystkiem później Schwartze ustanowił dokładne wskazania i opracował jej technikę i jemu głównie zawdzięczamy, że trepanacya wyrostka sutkowego obecnie zalicza się do najskuteczniejszych. W podręczniku swoim przytacza Schwartze literaturę zagraniczną o tej operacyi do r. 1884.; od tego czasu do 1893 r. przytoczyli jej: Wancher 7 przypadków, Hessler 40, Lucae i Jacobson 100, Ferrer 34, Ludewig 47, Weil 13, Schwartze 578, Hartman 119, Weljaminow 70, Szebołdajew 13, Swiażeninow 49, autor 7 przypadków; prócz tego opisano jeszcze kilka przypadków osobno. Obecnie autor opisuje szczegółowo 25 przypadków, w swej klinice operowanych w ciągu roku akad. 1893/94.; z nich 8 śmiertelnych: 5 na zapalenie opon i zakrzep zatok, 2 na ropnicę i 1 na zapalenie płuc i opłucny. Z powodu *otitis med. purulenta acuta* operowano 17 razy, *subacuta* 6 razy i *chronica* 2 razy. Etyologia w większej części przypadków nie wyjaśniona (2 przyp. po influency i 4 przyp. u żołnierzy skutkiem uderzenia kułakiem lub kolbą w ucho). 2 razy operowano wśród przypadów zapalenia opon i raz w rozwiniętej ropnicy, prócz tego jeden chory zmarł na zapalenie płuc i opłucny; wykluczywszy te przypadki, otrzymamy 16% śmiertelności. Cyfra blizka do tej, którą otrzymali inni chirurgowie (11·57%), prócz Schwartzego, który z ostatnich 100 przypadków stracił tylko 5.

Wskazania do operacyi są obecnie przez autorów dość szczegółowo opracowane i tak Knapp daje następujące wskazania: 1) *otitis med. acuta purulenta;* jeżeli przy swobodnym odpływie ropy na zewnątrz objawy mózgowe nie ustępują, to wskazaną jest trepanacya, gdyby nawet wyrostek sutkowy zmian żadnych nie przedstawiał; 2) *otitis med. chronica* z objawami mózgowymi i *sclerosis proc. mastoidei.* Według Schwartzego wskazania są następujące: 1) *Mastoiditis acuta* z zatrzymaniem ropy, jeżeli inne środki (lód, cięcie Wildego) nie pomagają; 2) *Mastoiditis chronica* z podokostnymi ropniami i przetokami, przy ropniach opadowych na tylnej ścianie przewodu zewnętrznego i w przełyku; 3) Żółciołojak *(cholesteatoma)* lub zatrzymanie ropy w uchu środkowem, jeżeli one drogą naturalną nie dadzą się usunąć lub jeżeli pojawiły się groźne dla życia objawy; 4) Ciężka newralgia wyrostka sutkowego; 5) Jako środek zapobiegawczy w przewlekłem, cuchnącem ropieniu ucha środkowego, nie poddającem się leczeniu. Są dane, że nawet ropnica przerzutowa nie stanowi przeciwwskazania do trepanacyi: z 11-tu opisanych przypadków 6 wyleczono (Grunert i Puper); przeciwwskazanie stanowi tylko ropne zapalenie opon (Schwartze); ropnie mózgowe są przeciwnie wskazaniem do trepanacyi wyrostka sutkowego (względnie czaszki). Autor przytacza następnie, jak formułują wskazania Küster i Esmarch. Dla rozpoznawania zmian w wyrostku poleca autor opukiwanie; zmieniony wyrostek daje odgłos przytłumiony. (Sposób dawniej proponowany przez Troltscha, Körnera i innych). Następnie opisuje autor sposoby operowania różnych autorów (Mickuner, Hartman, Zirmunskij, Politzer, Esmarch); Schwartze radzi operować u podstawy wyrostka na 5—10 mm. ku tyłowi od *spina supra meatum.* Autor prowadził cięcie półkoliste na 5 cm. długości, równolegle do linii przyczepienia małżowiny usznej na $^1/_2$ cm. ku tyłowi; okostnę odsuwał w obie strony, tworząc sobie miejsce na 2 cm. szerokie, następnie małem dłutem żłóbkowatem wydłubywał kawałek kości. Dłutem trzeba zawsze pracować w kierunku ukośnym z tyłu i z góry ku przodowi i dołowi, trzymając się kierunku kostnego przewodu usznego. Wyżłabia się jamę lejkowatą na $1^1/_2$—$3^1/_2$ cm. głęboką, oczyszcza się ją ostrą łyżeczką; w razie krwotoku z zatoki poprzecznej lub żył *diploe* tamponowanie, gazą jodoformową. Zawłokę można zmienić po tygodniu. Autor zwykle operował w narkozie mięszanej (chloroform i morfiny 0·01). Rany goiły się w 33 do 105 dni. Co się tyczy wpływu operacyi na słuch, to według Schwartzego z 74% wyleczonych chorych u 17-tu słuch prawidłowy, u 44 zarośnięcie braku błony bębenkowej; 6 zaś zostało głuchych; w przypadkach autora u 5-ciu słuch prawidłowy, całkowite zarośnięcie błony u 8 i częściowe w jednym. W ogóle korzyść operacyi zależy od wczesnego jej wykonania a operacya ta o tyle jest ważna, że można ją porównać z herniotomią i tracheotomią; jest to rozcięcie ropnia usadowionego w miejscu niebezpiecznem. Nieszczęśliwe zdarzenia przy operacyi: zranienie zatoki poprzecznej, przewodu nerwu słuchowego, błędnika i otworzenie środkowej jamy czaszkowej ze zranieniem opony twardej i mózgu; wszystkie te komplikacye są wedle autora raczej nieprzyjemne niż niebezpieczne. U niego zdarzyły się: raz odsłonięcie opony twardej zakończone śmiercią, raz niedowład nerwu twarzowego zakończony śmiercią, 2 razy otwarcie środkowej jamy czaszkowej (raz nawet z wypadnięciem mózgu), wyzdrowienie, raz odsłonięcie i raz zranienie zatoki poprzecznej, wyzdrowienie. W ogóle przy aseptyce zranienie zatoki poprzecznej nie jest wcale tak niebezpiecznem. Autor przytacza 10 przypadków z literatury, w których oczyszczono zatokę poprzeczną ostrą łyżeczką i 4 z nich zakończyły się szczęśliwie. Prócz tego opisano przed 1893 r. 8 przypadków podwiązania i częściowej resekcyi *vena jugularis* w ropnicy, z których 6 wyzdrowiało. Nakoniec w 1893 r. sam na zjeździe doniósł o 10 przypadkach zakrzepu w zatoce poprzecznej; w tej liczbie 7 podwiązania *vena jugularis,* raz zakończonego śmiercią. Ostatecznie przyszedł autor do przekonania, że 1) trepanacya wyrostka sutkowego obecnie nie przedstawia się niebezpieczną i technicznie trudną; 2) wczesne wykonanie jej jest jednym ze skuteczniejszych środków w leczeniu *otitis* i *otorrhoea:* 3) Operacyę tę powinien znać każdy lekarz na równi z tracheotomią i herniotomią. *(Bibliotieka Wracza* Nr. 1. 1895).

T. Makowski.

Zapiski terapeutyczne.

101. Mc Call Anderson (z Glasgowa): O swędzeniu i jego leczeniu (z 63. kongresu *British medical Association,* odbytego w Londynie od 30. Lipca do 2. Sierpnia r. b.). Pierwocinami nerwowemi biorącemi udział w mechanizmie anatomiczno-fizyologicznym swędzenia są ostateczne zakończenia nerwów skórnych w przyskórku, małe gromady komórek kielichowatych, łączące się z włókienkami nerwowemi i znajdujące się w warstwach częścią głębokich przyskórka, częścią powierzchownych skóry, nakoniec włosy. Ponieważ każdy włos otoczony jest u swej podstawy bardzo delikatną siatką rdzennych włókien nerwowych, należy go przeto uważać za organ czucia a jest rzeczą prawdopodobną, że zadrażnienie mieszków włosowych może być przyczyną swędzenia.

Trudno wytłómaczyć, dlaczego swędzenie towarzyszy jednym chorobom skórnym, niema go zaś w drugich. Tak n. p. osutkom kiłowym wczesnym nie towarzyszy swędzenie, które natomiast pojawia się często w późnych zmianach kiłowych skóry.

Najważniejszymi czynnikami etyologicznymi swędzenia są wiek podeszły, żółtaczka, dna (*arthritis*), zboczenia trawienia, moczówka, pora roku (*pruritis hiemalis*), tudzież zaburzenia nerwowe i psychiczne.

Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że w patogenezie swędzenia może mieć znaczenie zadrażnienie zwrotne, w przeważnej jednak liczbie przypadków przyczyną swędzenia jest zadrażnienie zakończeń nerwowych w przyskórku.

Leczenie swędzenia powinno przedewszystkiem kierować się przeciw przyczynie. Jeżeli mimo tego zostaje ono bez skutku, należy przejść do środków empirycznych i w tej mierze jest autor zdania, że środki wewnętrzne są w ogólności o wiele skuteczniejsze od środków miejscowych, mających znaczenie tylko drugorzędne. Takiemi środkami wewnętrznymi są: nastój zminu jarnika (*tinctura gelsemii sempervirentis*), nastój konopi indyjskich (*tra cannabis indicae*), kwas karbolowy, antypiryna i fenacetyna (w dawkach stopniowo powiększanych) a przedewszystkiem atropina zastosowana podskórnie. U osób osłabionych wskazanemi są środki wzmacniające, jak fosfor, arsen i strychnina (te dwa mianowicie użyte podskórnie).

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Myrtle (z Harrogate), że leczenie swędzenia nie jest bynajmniej łatwe a jego skuteczność zależy często od indywidualności chorych. Nawet w tejże samej chorobie skórnej może tenże sam środek być w jednym przypadku skutecznym a w drugim szkodliwym. Zdaniem przemawiającego najskuteczniejszemi środkami przeciw swędzeniu są antypiryna, fenacetyna i inne leki, należące według pochodzenia do tej gromady, tudzież chloral. W bardzo ciężkich przypadkach sprawia znaczną ulgę użycie miejscowe 3 do 6% rozczynu żrącego ługu potasowego.

Waldo (z Brystolu) przytacza, że w swędzeniu często widział skutek pomyślny z przyłożenia pryszczydła do stosu kręgowego w miejscu odpowiadającem nerwom zajętej okolicy skóry. W swędzeniu skutkiem dny dobrze działa salicylan sodowy.

Stopford Taylor (z Liwerpolu) sądzi, że środki wewnętrzne w przeważnej liczbie przypadków na swędzenie nie działają; zdaniem jego najważniejszem jest zachowanie się higieniczne, stosowne żywienie się, ćwiczenia fizyczne. Częsta zmiana bielizny i obmywanie wyskokiem są skuteczne przeciw swędzeniu w okolicy rzyci (*pruritus analis*), tak częstemu u osób jeżdżących na rowerach.

Barendt z Liwerpolu) widział w niektórych przypadkach swędzenia bardzo pomyślny skutek z użycia miejscowego przez mniej więcej 5 minut 2% oliwy karbolowej. (*La Semaine médicale*. 7. Sierpnia 1895).

102. Tournier (prof. kliniki lekarskiej w Lugdunie): Żywienie przez odbytnicę (*rectum*) za pomocą lewatyw. Ogólnem jest mniemanie, iż nie można przez odbytnicę odżywiać organizmu dłużej, niż kilka dni. Otóż autorowi udało się w kilku przypadkach otrzymać znakomity rezultat z żywienia chorych przez kilka tygodni za pomocą stosownych lewatyw. W dwóch przypadkach rozchodziło się o wrzód okrągły żołądka i w tych znosili chorzy bez trudności odżywianie wyłącznie przez odbytnicę. Lewatywy były częścią z czystej tylko wody celem zaspokojenia pragnienia, częścią pożywne z wina szampańskiego, bulionu lub jaj, tudzież kilku kropel nastoju makowca. Również były pomyślne skutki z lewatyw pożywnych (4 do 5, niekiedy nawet 6 dziennie) i lewatyw (1 do 2) z czystej wody w trzech przypadkach nadmiernego wydzielania się kwasu solnego (*hyperchlorhydrie*); w jednym z nich chory przez cały miesiąc prócz kawałków lodu nic nie dostał do żołądka, w drugim 13 a w trzecim 17 dni żywiono chorych wyłącznie przez odbytnicę. Wpływ żywienia tego był znakomity tak, iż chorzy przybrali nawet na ciężarze.

Tournier używał lewatyw sporządzonych według jednego z następujących 5 przepisów: *a*) wody 150, suchego peptonu 10, glukozy 20 gramów, żółtko, nastoju makowca 4 krople, *b*) wody 100, wina 50, suchego peptonu 10, glukozy 20 gramów, żółtko, nastoju makowca 4 krople, *c*) bulionu osolonego 140 do 150, wina 20 do 40 gramów, dwa żółtka i 4 do 8 kropel nastoju makowca lub *d*) mleka 140 do 150, cukru 10 gramów, dwa żółtka i nastoju makowca 4 do 8 kropel.

Przed daniem lewatywy należy płyn wymięszać doskonale, by był jednostajny.

Dwa ostatnie przepisy nadają się osobliwie ku końcowi leczenia. Zresztą można kolejno używać rozmaitych przepisów. (*La Médecine moderne*. 7. Sierpnia 1895).

V. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Pod nazwą kataru chronicznego opisywano przeróżne zmiany błony śluzowej żołądka.

Korczyński i Jaworski, badając błonę śluzową żołądka, wyciętą za życia w przypadku wrzodu okrągłego, znaleźli w niej pewne zmiany patologiczne, jako to przekrwienie, naciek drobnokomórkowy, oraz zmiany w komórkach głównych gruczołów żołądkowych; zmiany te w przeciwieństwie do kataru śluzowego nazwali katarem kwaśnym. Nie są to jednak te zmiany, jakie Hayem uważa za *gastritis parenchymatosa*. Zmiany te występują niezależnie od nacieku drobnokomórkowego w samych komórkach gruczołowych; polegają one na nadmiernem rozmnażaniu się pewnych komórek, sprawach degeneracyjnych, występowaniu wypociny między komórkami oraz nekrozie koagulacyjnej komórek. Zmiany te występują zarówno w komórkach głównych, jako też w komórkach okładowych gruczołów trawieńcowych. Według teoryi Heidenhaina kwas solny ma być wytwarzany przez komórki okładowe. Tymczasem wiele okoliczności obserwowanych przez Hayema najzupełniej zbija tę teoryę, której zresztą nigdy ściśle nie dowiedziono. W przebiegu *gastritis parenchymatosa* występuje nadmierne zwiększenie się ilości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Zmiana ta występuje skutkiem zmian powstających w gruczołach odźwiernikowych a mianowicie gruczoły te, których wydzielina w stosunkach prawidłowych jest alkaliczną, przeobrażają się w gruczoły o charakterze peptycznym.

Reasumując wyniki swych badań, dochodzi Hayem do następujących wniosków:

Każda zmiana czynnościowa błony śluzowej żołądka zależy od zmiany anatomo-patologicznej, powstałej w danej błonie śluzowej. Badając sok żołądkowy sposobem Hayema wskazanym, można rozpoznać nie tylko zmiany czynnościowe, ale i zmiany anatomiczne błony śluzowej żołądka. Nie należy określać ogólnem mianem „dyspepsya“ całego szeregu zmian, tak różnych pod względem anatomo-patologicznym. Rozpoznanie zmian anatomo-patologicznych błony śluzowej żołądka da się postawić na podstawie krzywych, przedstawiających cały przebieg sprawy trawienia w danym żołądku.

W końcu swego przemówienia zaproponował Hayem, by kongres internistów francuskich uchwalił, że obecni na kongresie lekarze zobowiązują się badać sok żołądkowy zapomocą metody chlorometrycznej Wintera. W ten sposób wyniki badań byłyby, ile tylko można dokładne a nadto

cyfry, otrzymane przez różnych badaczy dawałyby się łatwo ze sobą zestawić. Nie ulega bowiem wątpliwości, że metoda Wintera jest jedyną metodą, naukowo ściśle uzasadniona a przyznają to nietylko wszyscy ci badacze, którzy nią posługiwali się w celach praktycznych, lecz także tak znakomici chemicy, jak Mizerski i Nencki.

Prócz referatu Hayema i koreferatu Bourgeta przedstawiano na tem samem posiedzeniu kilkanaście komunikatów w sprawie wartości chemizmu żołądkowego pod względem chemicznym. Ożywiona dyskusya, jaka się na tem posiedzeniu wywiązała, tyczyła się prócz kwestyi głównej wniosku Hayema oraz jego twierdzenia, że zmiany czynnościowe błony śluzowej żołądka są zawsze zależne od zmian anatomicznych w tej błonie.

Jakkolwiek Hayem starał się w swych przemówieniach przekonać słuchaczów, że wyniki badania chemicznego treści żołądka oświecają nas dokładnie o stanie patologicznym danego żołądka, opozycya była bardzo silną. Głównie Linossier z Vichy odmawiał badaniu chemicznemu treści żołądka wszelkiej wartości rozpoznawczej, Mathieu zaś bił głównie na zmiany sprawności mechanicznej żołądka. Wniosek Hayema co do wyłącznego posługiwania się metodą Wintera, jako krępujący wolność badań naukowych i klinicznych nawet nie został poddany głosowaniu. Co się zaś tyczy zmian anatomicznych, wykrytych przez Hayema w różnych stanach patologicznych żołądka, a demonstrowanych na rysunkach z preparatów mikroskopowych, Rénaut uznał je za zmiany pośmiertne; ztąd wywiązała się pomiędzy tym ostatnim a Hayemem dyskusya, która do żadnego rezultatu nie doprowadziła.

Na posiedzeniu 2-em odczytywano komunikaty tyczące się patologii układu nerwowego. Z komunikatów tych przytoczę w krótkości dwa najciekawsze:

Dupré mówił o „meningizmie“. Mowca proponuje, by nazwę tę wprowadzić do patologii na oznaczenie zbioru objawów, jaki występuje w zapaleniu opon mózgowych. Objawy, występujące w tem cierpieniu powstają wskutek zadziałania czynnika chorobowego na ośrodki i nerwy mózgowe. W pewnych przypadkach wrażliwość substancyi korowej mózgu jest tak słaba, że nawet poważne zmiany anatomiczne nie wywołują żadnych objawów klinicznych; w innych zaś przypadkach wrażliwość ta jest tak wzmożona, że typowy zbiór objawów oponowych występuje, pomimo że pośmiertnie nie jesteśmy w stanie wykazać żadnych zmian anatomicznych. Istnieje więc pewna analogia pomiądzy meningizmem a t. z. perytonizmem (nazwa wprowadzona przez Gublera). Szereg przypadków, opisanych pod nazwą „wrzekomego zapalenia opon mózgowych“ (*pseudomeningitis*) dowodzi, że objawy tego cierpienia mogą występować u osób nie dotkniętych żadną sprawą zapalną ani zakaźną w oponach mózgowych. Przypadki te tyczą się szczególnie dzieci, zmarłych w przebiegu zapalenia płuc. Przyczyny, wywołujące meningizm, są bardzo rozmaite; istnieje pewien związek pomiędzy tem (dynamicznem) cierpieniem a histeryą, w której przebiegu mogą wystąpić wszystkie objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przyczyny te są głównie natury odruchowej, zakaźnej lub toksycznej.

Potain sądzi, że należy wprowadzić nazwę meningizm w miejsce t. z. *pseudomeningitis*, gdyż patologia nie zna fałszywych chorób; tylko ich oznaczenia mogą być fałszywe.

Bard mówił o patologii zwojów sympatycznych jelita. Jest to dziedzina patologii, dotychczas zupełnie nie uprawiana. Należy odróżniać cierpienia jelita właściwe od cierpień jego zwojów sympatycznych. Te ostatnie nie stanowią właściwych chorób a wywołują tylko pewne syndromy, np. są przypadki cukrzycy, powstałe skutkiem cierpienia zwojów sympatycznych trzustki; w przypadkach tych tkanka gruczołowa i łączna trzustki zmian patologicznych nie przedstawia. Według Barda choroba Basedowa powstaje skutkiem cierpienia zwojów sympatycznych gruczołu tarczykowego.

Trzeciego dnia Zjazdu 1-e posiedzenie było poświęcone wyłącznie sprawom bakteryologicznym.

Na posiedzeniu 2-em referenci Bernheim i Pitres odczytali wyczerpujące referaty o obecnym stanie nauki o afazyi, nadto przedstawiono kilka komunikatów tyczących się tego tematu oraz dyskutowano nad nimi.

Na posiedzeniu 3-em przedstawiono kilkanaście komunikatów, przeważnie z dziedziny medycyny doświadczalnej. Na posiedzeniu tem Laborde, profesor fizyologii z Paryża, miał wykład, zapowiedziany p. t. Wpływ fizyologii doświadczalnej na postęp medycyny. W wykładzie tym, nie zawierającym nic nadto, co nawet w czasopismach ilustrowanych i dziennikach politycznych czytało się przed kilku miesiącami p. t. Leczenie śmierci, mówił Laborde o cudownem działaniu rytmicznych trakcyj języka. Jakkolwiek w ostatnich czasach pojawiają się w lekarskich czasopismach francuskich komunikaty, z których się okazuje, że owe trakcye Laborde'a często zawodzą, nawet w przypadkach zwykłej asfiksyi, jest bardzo prawdopodobnem, że w wielu przypadkach tego rodzaju mogą one oddawać dobre usługi. Oczywiście jednak takie działanie trakcyj języka może się okazać pożytecznem tylko w takich przypadkach asfiksyi, jakie spotykamy np. u noworodków, topiących się, zachloroformowanych i t. d., jednem słowem tam, gdzie życie bynajmniej jeszcze nie ustało. Tymczasem Laborde, nie licząc się z tem, że audytoryum stanowią wyłącznie lekarze, w wykładzie swoim używał jedynie takich wyrazów, jak śmierć, trup, zwłoki, wskrzeszanie, zmartwychwstanie i t. p.; wykład ten był przytem wygłoszony w sposób nadzwyczaj afektowany. Wszystko to razem wzięte sprawiało, iż wywierał on wrażenie jakieś dziwne a zarazem smutne. Co dziwniejsza, nie znalazł się wśród dyskutujących nikt, ktoby był zwrócił uwagę prelegentowi, iż jego terminologia rzeczywistemu stanowi rzeczy nie odpowiada; przeciwnie oklaskiwano jego wykład huczniej, niż wykłady innych mowców.

Ostatniego dnia kongresu na posiedzeniu pierwszem załatwiono sprawy administracyjne, na posiedzeniu 2-em omawiano przeważnie kwestye farmakologiczne i terapeutyczne.

Na posiedzeniu 3-em zaś omawiano komunikaty, tyczące się chorób serca i dróg oddechowych. Na posiedzeniu tem Rénaut z Lugdunu miał ciekawy wykład o fragmentacyi mięśnia sercowego, w którym kilkakrotnie powoływał się na prace prof. Browicza. Według Rénauta (również i według prof. Browicza) fragmentacya mięśnia sercowego jest sprawą, powstającą bezwątpienia za życia; według Rénauta można ją nawet w pewnych przypadkach rozpoznać przy łóżku chorego. Pod względem zaś anatomopatologicznym uważa Rénaut na zasadzie swych badań fragmentacyę mięśnia sercowego za sprawę końcową, którą

poprzedzają inne zmiany komórki mięsnej, jakoto: powiększenie się jądra (*hypertrophie nucléaire*) i zwyrodnienie (*atrophie hyperplasmique*) włókien mięsnych; dopiero potem następuje zmiękczenie (*ramollissement*) substancyi kitowej.

Kończąc sprawozdanie niniejsze, muszę nadmienić, iż z powyżej przytoczonych powodów pominąłem w niem wiele ciekawych przyczynków naukowych, jakie na Kongresie lugduńskim ogłoszono. Chcących zapoznać się z tymi przyczynkami odsyłam do Pamiętnika kongresu, o którym wspomniałem w pierwszej części sprawozdania.

II. kongres internistów francuskich odbędzie się w końcu lata r. b. w Bordeaux. Ciekawą jest rzeczą, jaką się okaże wytrwałość Francuzów na niwie zbiorowej pracy naukowej.

W Paryżu 13. Lutego 1895. *K. Klecki.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Sierpnia 1895 r.

— W dniach od 30. Lipca do 2. Sierpnia b. r. odbywał się 63. kongres *British medical Association*, najpotężniejszego niewątpliwie na kuli ziemskiej towarzystwa lekarskiego, liczącego obecnie 16000 członków. Przewodniczącym jego jest teraz Sir Russel Reynolds. Z odczytów odbytych na zagajenie czynności w sekcyach wymienić należy: Williama Broadbenta: o wzroście sztuki i umiejętności w medycynie, Parvy'ego: o mikrobach, toksynach i odporności, Williama Mc Cormaca: o chirurgii wojennej. Jonatana Hutchinsona: o rozwoju chirurgii w Anglii, Priestleya: o manii operacyjnej w ginekologii, E. Harta: o higienie publicznej, mianowicie w Indyach Wschodnich.

— W Birmingham zaszedł temi czasy przypadek śmierci po zażyciu przeciw bólowi głowy fenacetyny, która, jak się później pokazało, zawierała strychninę. W Budapeszcie nastąpiła podobnież śmierć po zażyciu *extractum filicis maris aethereum*, które zawierało również strychninę. Aptekarze tłómaczyli się, iż te przetwory otrzymali z właściwych fabryk. Ztąd się pokazuje konieczna potrzeba, aby aptekarze przetwory pobierane z fabryk przed wydawaniem za receptami badali pod względem czystości. Te przypadki przywodzą nam na pamięć zaszłe przed kilkoma laty zdarzenie, w którem z pewnego wielkiego, bardzo dobrej opinii używającego składu aptecznego rozesłano po rozmaitych miejscach, między niemi i do Krakowa, przez omyłkę morfinę, zamiast zamówionej chininy. Na szczęście spostrzeżono się na czas i przez wysłanie ostrzegających o zaszłej omyłce telegramów zapobieżono nieszczęściu w wielu miejscach.

— Twórcy antyseptyki w chirurgii, prof. Józefowi Listerowi ofiarowano w dniu 31. z. m. przy sposobności ustąpienia z zajmowanej tak zaszczytnie w *King's College Hospital* katedry własny jego portret, wykonany przez jednego z najznakomitszych malarzy angielskich.

— W dniach 20. i 21. Września b. r. odbędzie się w Amsterdamie pod przewodnictwem prof. Snellena a za sekretarstwem jeneralnem Dra Pijnappela międzynarodowa konferencya w sprawie służby zdrowia na kolejach żelaznych i statkach. Prace tej konferencyi odbywać się będą w trzech sekcyach: pierwsza zajmować się będzie ochroną zdrowia personalu, druga organizacyą służby lekarskiej, trzecia higieną podróżnych. Wykłady odbywać się mogą w językach francuskim, niemieckim i angielskim. Z chęcią należenia do konferencyi i z odczytami należy zgłaszać się do Dra Pijnappela w Amsterdamie (Stadthoudenstade 60).

— **Nekrologia**. Zmarli: w Borysowie, gubernii mińskiej, w 35. roku życia Dr. **A. Landa**, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego i dorpackiego, na dur osutkowy, którego się nabawił niosąc chorym pomoc. W Szwajcaryi, w dniu 27. Lipca w 32. roku życia Dr. **Józef Kaukas**, lekarz szpitala sejneńskiego. W Rawie (w Król. Polskiem) w dniu 8. Sierpnia **Jan Kanty Krupski**, lekarz powiatowy. W Berlinie w dniu 2. Sierpnia w 35. roku życia Dr. **Kurcyusz Schimmelbusch**, przez długie lata asystent kliniki chirurgicznej prof. Bergmanna, autor wielu prac naukowych, między niemi dzieła *O aseptycznem leczeniu ran*, przełożonego na kilka języków a także i na polski i wydanego w tem tłómaczeniu przez redakcyę *Medycyny*. W dniu 12. Sierpnia Dr. **Hoppe-Seyler**, profesor fizyologii w Sztrasburgu, znany badacz na polu chemii fizyologicznej. W Koloszwarze w Siedmiogrodzie Dr. **E. Góth**, prof. położnictwa i ginekologii w 47. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 33. L. E. Bregman: Przyczynek do rozpoznania syryngomyelii. K. Niedzielski: Przypadek urazowego zapalenia szpiku kostnego kości biodrowej. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894 w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 32. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę. Z. Kramsztyk: Kilka słów o drgawkach w skutek ząbkowania u dzieci. A. Zaleski: Przyczynek do leczenia zanikowej marskości wątroby.

NADESŁANE.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1896 jest już w druku i zawierać będzie w tym roczniku jako nowość:

1) **Spis środków lekarskich** oficyalnych i nieoficyalnych, z podaniem ich cen, sposobu stósowania i dawkowania.

2) **Wiadomości zawodowe**, dział opracowany przez c. k. lekarza powiat. Dra Walerego Momidłowskiego.

3) **Sposoby poszukiwania prątków** *a*) gruźliczych *b*) błoniczych.

4) **Praktyczne uwagi do leczenia błonicy (dyfteryi) zastrzykiwaniami surowicą przeciwbłoniczą.**

PP. Kolegów, którzy zmienili miejsce pobytu lub mieszkanie upraszam o uwiadomienie mnie o tem w ciągu tygodnia celem sporządzenia dokładnego spisu lekarzy.

Dr. Jan Raczyński,
ulica Strzelecka l. 2.

143—1—1

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Celem obsadzenia posady asystenta przy c. k. szkole położnych we Lwowie z roczną płacą 400 złr. w. a., rozpisuje się niniejszem konkurs.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi wszech nauk lekarskich na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być ponownie nadaną na dalsze dwa lata. Asystent c. k. szkoły położnych bezwarunkowo obowiązanym będzie mieszkać w pomieszkaniu przeznaczonem dla niego w Zakładzie. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego we Lwowie najdalej do końca Sierpnia 1895.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów, dnia 2. Sierpnia 1895. 141—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 24. Sierpnia 1895 r. Nr. 34

Redakcya:
Przy ulicy [illegible] Nr. [illegible]
Telefonu Nr. [illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, [illegible]

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuje: Administracya i księgarnia p. [illegible] w Krakowie, [illegible] Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu [illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" $1^1/_2$ "	" $3^1/_2$ "	" 6 "

I. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych, wolnych u dzieci.

Rzecz miana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 18. Lipca 1895. r.

Przez

Doc. chir. Dra **Aleksandra Bossowskiego.**

Operacya radykalna przepuklin wolnych u osób dorosłych zdobyła sobie już dzisiaj takie stanowisko w chirurgii operacyjnej, że odosobnione przypadki, kończące się nawrotem, lub co rzadziej, zejściem śmiertelnem, nie zdołają więcej zachwiać przekonania, ugruntowanego na istotnej potrzebie i korzyści wypływającej z udałego zabiegu. Zasadniczo też przyznać trzeba słuszność zdaniu, wypowiedzianemu przez Delorma[1]), że każda przepuklina u dorosłych, świeższa, czy starsza, nawet gdy łatwo pozwala się odprowadzić i paskiem podtrzymać, wymaga operacyi radykalnej.

Jeżeli więc kwestya operacyjna przepuklin wolnych u osób dorosłych jedynie tylko pod względem wyboru i doskonalenia metody radykalnej pobudza jeszcze do dalszych prób i spostrzeżeń, to sprawa leczenia przepuklin u dzieci dotąd nie została dość jasno sformułowana i stanowi zawsze jeszcze pole sporne, o które walczy z jednej strony wiekami uświęcony konserwatyzm, z drugiej zaś z postępem i rozwojem całej nauki chirurgii coraz to dalsze ogarniający tereny prąd operacyjny.

Przeważna część rozpraw i sprawozdań pisanych do r. 1890 włącznie na temat zabiegu radykalnego przepuklin, jak prace: Anderegga[2]) z kliniki bazylejskiej Socina, Haidentalera[3]) osnuta na materyale kliniki Billrotha, Woltera[1]) oparta na przypadkach z oddziału chirurgicznego Schedego w Hamburgu, wyklucza w ogólności dzieci w pierwszych latach życia od operacyi radykalnej, dopuszczając tylko w wyjątkowych razach drogę krwawą, jako krok zanadto śmiały i ryzykowny. Szereg więc całych stuleci, strawionych w pogoni za zdobyciem pewnej i trwale skutecznej metody radykalnego zabiegu nie przyniósł zmian wybitniejszych w poglądach, skoro porównamy wnioski wyżej wspomnianych autorów z wskazaniami, jakie postawił Celsus dla operacyj przepuklin w księgach swych o medycynie.

I on zarówno zwraca uwagę na znaczenie i wartość operacyi doszczętnej w wieku młodzieńczym i średnim, zalecając natomiast u chłopców bardzo małych noszenie paska przepuklinowego, godzi się zaś na wykonanie zabiegu krwawego z wycięciem worka przepuklinowego i zaoszczędzeniem jądra u chłopców starszych.

Wpływ i przewrót, jaki wywarło *bracherium* elastyczne Campera w ubiegłym wieku w leczeniu chirurgicznem przepuklin wolnych, zaważył najdłużej na świecie dziecinnym, gdzie też niezawodnie skutek jego objawił się najwydatniej. A lubo z rozwojem techniki operacyjnej, jakoteż udoskonaleniem sposobu traktowania ran, obniżał się coraz to więcej procent zaburzeń pooperacyjnych u osób dorosłych, niewzruszoną była czas długi pewna granica wieku młodocianego, od której dopiero zabieg krwawy, radykalny mógł znaleść uprawnienie. Po Malgaignie, który do 35 r. życia oczekuje jeszcze skutków z leczenia konserwatywnego przepuklin, skraca się za Nussbauma termin ten do lat 20, przez Bergera opada do lat 15, a Rothmund naznacza 7. rok życia, jako linię graniczną pomiędzy drogą konserwatywną a zabiegiem krwawym. Anderegg-Socin świadom korzyści wczesnego operowania

[1]) Remarque sur une premiere série i t. d. Archiv. de med. et de pharm. milit. 1894. Nr. 6.
[2]) Die Radicaloperation der Hernien. Deutsche Ztschrft für Chir. T. XXIV. Z. III.
[3]) Die Radicaloperationen der Hernien. Langenb. Arch. T. XI.

[1]) Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 360.

przepuklin wolnych rozstrząsa teoretycznie zyski i straty, z wyczekiwania przedoperacyjnego płynące i określa moment właściwy dla operacyi radykalnej na czas między 5. a 10. rokiem życia. Wolter-Schede, znacząc z naciskiem, że prognoza ostatecznych wyników operacyi radykalnej u dzieci jest nader pomyślna, utrzymuje granicę 7 lat, wskazaną przez Rothmunda a nawet przez zalecanie po tym czasie na krótko *brackerium* ostrożnie ją przedłuża.

To też pomimo odosobnionych przypadków, w których operacya radykalna uwieńczona została dobrym wynikiem u dzieci w pierwszych latach życia, jako norma postępowania w leczeniu przepuklin dziecięcych utrzymuje się aż do początku bieżącego dziesiątka lat leczenie paliatywne z użyciem paska przepuklinowego a do nielicznych tylko wyjątków należą zabiegi operacyjne, podjęte jedynie wtedy przed terminem usankcyonowanym, gdy przepuklina pod normę paliatywną w żaden sposób podciągnąć się nie dała. Ogółem liczba ich z okresu do 5. roku życia dzieci dochodzi zaledwie cyfry 50 przypadków, opisanych przez różnych autorów.

Znaczniejszą liczbę dzieci operowanych między 1. a 5. rokiem życia wykazuje w r. 1890. Bassini, który w szeregu 251 operacyj radykalnych, własną metodą wykonanych, zamieścił 15 przypadków przepuklin pachwinowych, nieuwięzłych u dzieci, z których 14 miało wynik zupełnie pomyślny zarówno co do przebiegu pooperacyjnego, jakoteż celu przez operacyę zamierzonego; w jednym skutkiem choroby niezależnej od operacyi wróciła po pewnym czasie przepuklina.

Pierwszy Karewski w r. 1891 zwrócił uwagę na leczenie operacyjne przepuklin w pierwszych latach życia, opierając się na własnych 9 przypadkach przepuklin pachwinowych u dzieci od 7 miesięcy do $2\frac{1}{2}$ lat liczących, w których uzyskał zupełne wyleczenie z pomyślnym przebiegiem pooperacyjnym. Pierwszy też wykazał Karewski, że obawy zaburzeń w ranie operacyjnej tak często przez poprzedników jego szerzone są nieuzasadnione, jeśli tylko przestrzega się ściśle prawideł antyseptyki i aseptyki i czuwa następnie troskliwie nad gojeniem się rany operacyjnej. Aby stworzyć jak najprostsze stosunki do gojenia, unikał Karewski starannie silniejszego ugniecenia i napięcia tkanek u dzieci i prócz oddzielenia i odcięcia w szyi worka przepuklinowego, wyrzekł się szwu na bramę przepuklinową a jamę powstałą po wyłuszczeniu worka otrzewny tamponował w całej długości gazą jodoformową na przeciąg 24 godzin, zamykając szwem ranę w skórze prócz dolnego kąta, którędy wyprowadził koniec tamponu. Opatrunek jodoformowy z grubym pokładem waty, zmieniany codziennie, zabezpieczał ranę dostatecznie od następowego zakażenia.

Sposób, w jaki postępował Karewski w zabiegu radykalnym przepuklin pachwinowych u dzieci, prawdziwie pierwotny z powodu grozy znanych mu z opisów powikłań przyrannych, uważa on jednak za dostateczny pod względem doszczętnego zniesienia przepukliny, polegając na tem, że z chwilą opróżnienia kanału pachwinowego nastaje ściągnięcie się elastyczne wewnętrznego pierścienia a to łącznie z wytwarzaniem się coraz więcej skośnego przebiegu kanału w miarę wzrostu ciała wystarcza w zupełności do uchylenia nawrotu przepukliny pachwinowej. Nie wdając się na razie w krytykę tego postępowania, przyznać należy Karewskiemu zasługę niemałą, że pierwszy przełamał niechęć i uprzedzenie do leczenia operacyjnego przepuklin u dzieci w pierwszych latach życia, zagrożonych temi samemi następstwami, jak przepukliny u osób dorosłych, a skazanych dotąd wyłącznie na bierne wyczekiwanie odpowiedniego do operacyi terminu, chociażby leczenie konserwatywne albo wprost niemożebne, lub pozbawione było wszelkiej nadziei skuteczności. Odtąd też mnożą się doniesienia i sprawozdania, tyczące się już to wyłącznie przepuklin wieku dziecięcego, jak 12 przypadków z pomyślnym wynikiem operowanych przez Bayera metodą radykalną Czernego, 2 przypadki Phocasa u dziecka 4 i 15 miesięcznego, 5 zabiegów radykalnych Szumana, z których pierwszy wcześniejszy, niż przypadki Karewskiego już z roku 1887, podobnie, jak i 4 następne uwieńczony zupełnem powodzeniem, Drobnika i wielu innych, już też w pośród statystyk zawierających całe szeregi operacyj radykalnych, jak Nicoladoniego, Küstera, Kochera mieszczą się opisy przypadków operowanych w wieku wczesnym dzieci. Również rozprawy pisane w kwestyi leczenia doszczętnego przepuklin, jak Lucasa Championniera, wreszcie i dzieła naukowe, jak Königa Chir. szczegółowa, wydanie VI. i Chirurgia Tillmanusa zaliczają odtąd operacye radykalne u dzieci w pierwszych latach życia do zabiegów, które są w razie bezskuteczności postępowania konserwatywnego zupełnie usprawiedliwione.

Na osobną wzmiankę zasługuje artykuł Gordona z r. 1894, który skreślił działalność Broki w szpitalu dziecięcym Trousseau w Paryżu pod względem zabiegów radykalnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Na 250 wykonanych przez Brokę operacyj radykalnych przypada 76 na dzieci do 5. roku życia, liczba tem więcej uderzająca, że z okresu dwóch lat tylko zebrana. Wyniki operacyjne Broki pod względem przebiegu gojenia nie pozostawiały nic do życzenia, bo w 249 razach osiągnięto rychłozrost rany, w 1 tylko przypadku wystąpiło ropienie i tu też przyszło do nawrotu przepukliny.

Sposób operowania zasadzał się na wyłuszczeniu, podwiązaniu i odcięciu worka, rozwarty w całej długości przy operacyi kanał pachwinowy łączono szwem materacowym, ranę skórną zamykano szczelnie bez osączania i pokrywano ją opatrunkiem suchym z aseptycznej gazy. Wyniki ostateczne, oceniane wprawdzie po niezbyt długim przeciągu czasu (bo w kilku tylko przypadkach po upływie 2 lat, w innych wcześniej), okazały się zupełnie pomyślne, w przypadkach skontrolowanych stwierdzono bowiem doszczętne usunięcie przepukliny.

W literaturze polskiej nie znalazłem w sprawie leczenia operacyjnego przepuklin u dzieci żadnych spostrzeżeń z lat ostatnich i ta okoliczność właśnie skłoniła mnie do zabrania w tej kwestyi głosu na tegorocznym Zjeździe chirurgów polskich, aby zarówno podzielić się własnemi spostrzeżeniami, jakoteż usłyszeć zdanie tu obecnych. Kwestya operacyjnego leczenia przepuklin u dzieci wprawdzie, jak wykazałem, toruje sobie coraz dalsze drogi, nie stała się jednak dotąd dobrem powszechnem; to też każdy przyczynek w tej sprawie dorzucony pożądanym mi się wydaje.

Materyał, z którego korzystałem, zawdzięczam życzliwości prof. Obalińskiego i za odstąpienie mi go wyrażam Mu na tem miejscu szczere podziękowanie. W przeciągu 2 lat zgromadziłem dziesięć przypadków przepuklin pachwinowych u chłopców, z których najmłodszy liczył rok, pięciu od

1—3 lat, dwóch do 5 lat życia, dwóch wreszcie wyżej lat 5 do 7. W części były to przepukliny mosznowe, podtrzymywane paskiem, częścią nie leczone dotąd wcale a rozmiary ich różne, począwszy od wielkości jaja gęsiego aż do wielkości głowy dziecka. Pewna ich część sięgała początkiem swym pierwszych chwil życia; inne dostrzeżono dopiero w czas jakiś po urodzeniu. Materyał rekrutowany z klasy wieśniaczej, z wyjątkiem 2-letniego Izraelity z okazałą przepukliną, nie dającą się utrzymać pod paskiem przepuklinowym, nie przedstawiał zresztą żadnych uwagi godnych okoliczności; dodam tylko to jedno, że prócz najmłodszych kilku chłopców, których przyjęto do szpitala wraz z matką, reszta ograniczona była do tej jedynie opieki, jaką dać może w ogóle szpital duży, urządzony w sposób odpowiedni dla potrzeb osób dorosłych.

Operacye radykalną wykonano w 8 przypadkach sposobem typowym B a s s i n i e g o, u 2 chłopców zastosowano metodę opisaną przez K r a m e r a a polegającą na częściowem tylko wyłuszczeniu worka przepuklinowego. Treścią przepuklin było jelito cienkie w jednej lub kilku pętlach wolnych, lub pozrastałych z workiem i jądrem; w ostatnim przypadku znalazłem po otwarciu worka przepuklinowego u chłopca 2½ letniego z miernej wielkości przepukliną mosznową, jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym i jak w tych razach zwykle bywa, worek przepuklinowy, surowiczy niezupełnie okrywał jelito. Zresztą zgodnie z innymi autorami spostrzegaliśmy, że worek przepuklinowy był zazwyczaj cienki, sznurek nasienny płaski, na szerokiej przestrzeni do worka surowiczego przylegający tak, że oddzielenie go od worka przedstawiało nieco więcej trudności, niż u osób dorosłych. W jednym przypadku, gdzie w przepuklinie, dochodzącej wielkością głowy dziecka, silne zrosty łączyły worek z otoczeniem, skutkiem czego oddzielenie sznura i jądra niemałe przedstawiało trudności, okazała się potrzeba równoczesnego wytrzebienia jądra.

Ranę operacyjną łączono szwem bez zakładania tamponów ani sączków w moszna, pozostawiając jedynie dolny kąt rany otworem. Opatrunek składał się z gazy sterylizowanej, którą w kilku pokładach wprost na ranie oklejano kollodyonem.

Przebieg gojenia we wszystkich przypadkach odbył się prawidłowo, bez żadnych zaburzeń, które jak groźne widmo ciążyły w dawniejszych czasach nad operacyą radykalną przepukliny u dzieci.

Podobnie, jak ze spostrzeżeń innych wynika, spotykaliśmy u przeważnej liczby operowanych obrzęk moszen mniej lub więcej wybitny, jako następstwo wyłuszczenia worka przepuklinowego, który zwolna sam przez się ulegał wessaniu, nie sprowadzając w rychłym zroście rany operacyjnej żadnej szkody. Wyniki pod względem doszczętnego uchylenia przepukliny, o ile krótki czas obserwacyi dotąd wnosić pozwala, osiągnięto w zupełności a przypuszczać się godzi, że będą one w przyszłości nie mniej dobre, jak to było w przypadkach innych autorów, gdzie zabieg radykalny ograniczał się jedynie do wyłuszczenia i odcięcia worka przepuklinowego.

(Dokończenie nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Z kolei przychodzi mi pomówić o śmierci nagłej skutkiem li tylko zmian chorobowych. Wiemy dobrze, jak często nieraz choroby zakaźne takie, jak tyfus, zapalenie płuc żadnym przypadem na zewnątrz się nie objawiają, co szczególniej zdarza się u pijaków, gdy w tem nagle człowiek taki zapada, umiera a sekcya wykazuje u niego ciężką chorobę. Vibert u zmarłego nagle w aresztach mężczyzny, przytrzymanego za pijaństwo, znalazł zapalenie płuc dławcowe, w drugim podobnym przypadku zapalenie otrzewny. Vilcox (*Friedreich's Bl. für ger. Med.* 1892.) znalazł u pewnego klowna, zmarłego nagle podczas przedstawienia, gruzełki w mózgu. Wachholz opisał przypadek śmierci nagłej mężczyzny uderzonego szafelką w podbrzusze. Przy śmierci znalazł zapalenie otrzewny przynajmniej od kilku dni trwające. Dalej znamy cały szereg chorób, jak cholerę, tężec, wąglik, które również często są przyczyną śmierci nagłej; w tych to przypadkach śmierć nagła pochodzi najczęściej z zatrucia toksynami.

W ostatnich szczególniej latach przydarzały się we Wiedniu dość często przypadki zatrucia rybami, kiełbasami, szynkami a rozchodzi się tu o zatrucie ptomainami. Haberda (*Zeitschrift fur ger. Med.* 1893.) opisał 12 przypadków na tem tle otrucia, podobnie Roth (*Viertel. für ger. Med.* 1893.) podaje wiadomość o otruciu całej rodziny szynką. Zatrucia ptomainami spotykamy również po porodzie, w czerwonce, na tle rozpadu nowotworów w organach, gdzie jest wolny przypływ powietrza.

Nie można też pominąć przypadków śmierci nagłej z otrucia leukomainami. W 1894 r. sekcyonowałem zwłoki zmarłego nagle ogrodnika z Krakowa w *coma diabeticum.* Sekcya nic nie wykazała, bo nawet cukru w moczu, który podczas *coma* znika, nie znalazłem a badanie mikroskopowe narządów nie dało mi żadnych dodatnich rezultatów. Drugi przypadek widziałem u osoby z zakładu obłąkanych, zmarłej nagle podczas modlitwy. Za życia rozpoznawano z powodu napadów podobnych do padaczki padaczkę; sekcya zaś wykazała zwyrodnienie torbielkowate nerek bardzo znacznego stopnia a za przyczynę śmierci uważano mocznicę, która prawdopodobnie była również przyczyną owych nietypowych napadów drgawkowych. Śmierć nagłą podczas eklampsyi też mocznicy przypisać należy. Wreszcie muszę nadmienić, że wiele trucizn wywołać jest w stanie śmierć nagłą. Gwałtowną taką trucizną jest sinek potasu. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że jest wiele trucizn, które jeżeli odrazu nie zabiją, chorobami następowemi mogą się przyczynić do zejścia gwałtownego. Zapamiętać trzeba n. p. przypadki Goelchena (*Virchow's Archiv* CXII.), Koliski, Kahlera, Hofmanna nekrozy symetrycznej w *corpus striatum* na tle przebytego zaczadzenia. Próba spektralna krwi zazwyczaj wtedy nic nie wykazuje. Sam będąc w Wiedniu widziałem podobny przypadek, gdzie Hofmann już z wejrzenia tych ognisk rozpoznał sprawę, którą potem śledztwo potwierdziło. A ileż jest przy-

padków zagadkowych nagłej śmierci na tle otrucia n. p. obiciami, na które zwrócił uwagę Rossbach (*Tod durch arsenhaltige Tapeten*), w fabrykach mających do czynienia z ołowiem, miedzią, fosforem, lub karbolem, przy fałszowaniu wanilii, na co zwrócił uwagę Blaschko (*Ueber die Ursache der Vergiftung mit Vanilleis* 1894.), przy gotowaniu w miedzianych niepobielanych naczyniach, podczas narkozy chloroformowej, przy której według Kundrata (*Zur Kenntnis des Chloroformtodes. Wiener klin. Woch.* 1895.) zatrucia zdarzają się szczególniej u osób limfatycznych, skrofulicznych, z niedostatecznym rozwojem naczyń.

Śmierć nagłą spotykamy również po zadziałaniu na ustrój wysokiej ciepłoty. Pominę tu przypadki nie nasuwające przy sekcyi żadnej trudności w rozpoznaniu, wspomnę tylko o pracy Fraenkla. (*Deutsche med. Woch.* 1889.): *O zmianach anatomicznych w przypadkach rychłej śmierci po rozległych oparzeniach*, który odrzuca zapatrywania Sonnenburga o zbytniem ogrzaniu krwi z następowem porażeniem serca lub zmniejszeniem napięcia naczyniowego z następowym zapadem a przyjmuje teoryą Ponticka, który przypuszcza rozpad ciałek krwi, dostanie się ich szczątków do narządów wewnętrznych, przyczem przychodzi do zatkania przewodzików w nerkach i wątrobie. Wobec tych zmian wcale dziwić się nie można śmierci nagłej. Będąc przy tego rodzaju śmierci choć kilka słów nadmienię o udarze słonecznym i rażeniu piorunem.

Udar słoneczny, według Jakubascha (*Sonnenstich und Hitzschlag. Wien* 1881.) ma sprawiać podwyższenie się ciepłoty krwi, lub też przez wielką utratę wody z ustroju jej zagęszczenie. Dittrich (*Zeitschrift fur Heilkunde* 1893.) opisał 12 przypadków śmierci nagłej skutkiem udaru. W przypadkach tych zawsze znajdywał wybroczyny na osierdziu, oponach i błonach śluzowych. Zawsze jednak znachodził zmiany w sercu, które uważał za okoliczność usposabiającą do udarów.

Rażenie piorunem zdarza się bardzo często w porze letniej a nieraz i w fabrykach, w których mają do czynienia z elektrycznością. Grange (*Annales d'hygiène publ.* XIII.) opisał dwa przypadki śmierci nagłej mężczyzn, którzy przypadkowo dostali się między druty przeprowadzające prąd w ogrodzie tuileryjskim. Podobne przypadki śmierci od elektryczności opisali Friedinger (*Wiener klin. Wochenschrift.* 1891.) i Hofmann. W Ameryce używają prądu elektrycznego do pozbawienia życia skazanych, o czem nadmienia Donald (*Virchov's Jahresb.* 1892.). Nieraz i w celu samobójczym użyto prądu elektrycznego, jak o tem świadczy przypadek opisany przez Biranda. Śmierć zazwyczaj nastaje przez nagłe ustanie czynności serca i płuc, prawdopodobnie skutkiem zadziałania prądu na ośrodki nerwowe. Do podobnego rezultatu doszedł również Haberda w swej pracy. (*Ein Fall von Tödtung durch Blitzschlag. Wien. klin. Woch.* 1891.), przyczem nadmienia, że figury, które na ciele zmarłych wskutek uderzenia piorunem znachodzimy, pochodzą z porażenia nerwów naczynioruchowych.

Śmierć nagła może również powstać skutkiem zimna. Zdaniem Poncheta zimno, podobnie jak ciepło, działać ma na krew i być przyczyną zniszczenia ciałek krwi. Inaczej się zapatruje Crecchio (*Della morte pel freddo.* 1866.), który przypisuje wielkie znaczenie działaniu zimna na nerwy, lub Horwath (*Beiträge zur Wärme-Inanition.* 1870.), którego zdaniem zimno działa na mięśnie.

Oddawna wiadomo, że nagłe a niespodziewane wrażenia psychiczne mogą zwłaszcza u osób nerwowych wywołać nietylko różne stany chorobowe, ale nawet i śmierć nagłą. Znane są wszystkim przypadki z historyi, o których już Zachias w tomie I. pisał, nagłej śmierci skutkiem gwałtownej radości lub strachu. I tak Sofokles zmarł nagle z radości na wiadomość, że jego tragedya nagrodą uwieńczona została. Ambroży Paré, lekarz, podaje, że słynny anatom Vesal zmarł nagle ze strachu, podczas sekcyi swej żony, gdy spostrzegł, że serce jej bije. Chirurdzy lub położnicy dobrze znają owe przypadki, gdy nagle przed operacyą ze strachu chorzy umierają a Vibert (*Un cas de mort determiné par un simple cathetérisme du col utérin durant* i t. d. *Annales d'hyg.* 1890.) opisał ciekawy przypadek śmierci nagłej kobiety ciężarnej, której akuszerka w celu spędzenia płodu chciała urządzić wstrzykiwanie do macicy. Ledwo jednak kaniulę założyła do szyjki macicznej i nawet jeszcze nie wstrzyknęła, ze strachu śmierć nastąpiła. Vibert, który zainteresował się tym przypadkiem niezmiernie, przerobił cały szereg doświadczeń u kobiet nieciężarnych, wprowadzając im kaniule do macicy i przekonał się, że przez samo dotknięcie się kaniuli brzegiem ujścia zewnętrznego można często powołać *syncope*. W *Henke's Zeitschrift* 1862., znajduje się opisany przypadek śmierci nagłej stróża nocnego, któremu w nocy opadło czterech mężczyzn uzbrojonych dzidami. Bollinger (*Schmidts Jahrb.* 1888.) opisał przypadek śmierci nagłej ze strachu przed wyrokiem u wieśniaka oskarżonego o zabójstwo.

Lindpaitner (*Münchener medic. Wochenschrift.* 1888.) podał przypadek śmierci nagłej u mężczyzny z obawy przed powtórnem utworzeniem się kamienia moczowego. Meckel widział przypadek śmierci nagłej kobiety z przestrachu, zranionej podczas zbierania grochu nadzwyczaj lekko postrzałem. Hofmann (*Handbuch der ger. Med.* 1891.) podaje o pewnym mężczyźnie zmarłym nagle z przestrachu w chwili, gdy podczas spełniania naturalnej potrzeby na ulicy zobaczył nadchodzącego policyanta. Ferrario pisze o zmarłym nagle mężczyźnie podczas przeprawiania się przez rzekę Po, gdy usłyszał strzały patroli. Taylor (*Principles of med. juris prud. I.*) pisze o zasądzeniu chłopca za to, iż przebrawszy się za śmierć, sprowadził nagłą śmierć sąsiada swego wskutek przestrachu. Maschka (*Fried. Bl.* 1857.) podał przypadek śmierci nagłej z przestrachu u chłopca, gdy go kolega chciał uderzyć miotłą.

Co jest właściwą przyczyną śmierci w podobnych przypadkach, pozostaje dotąd zagadką. Hofmann odnosi owe przypadki do wstrząsu, Schauenstein przypisuje przyczynę śmierci porażeniu serca lub sprawom chorobowym w mózgu. Hilles (*Times* 1847.) kładzie wszystko na karb zaburzeń nerwowych. Casper przyznaje się jawnie do niewiadomości a to opierając się na ujemnym wyniku sekcyi. Vibert przypisuje śmierć nagłą w podobnych przypadkach niedokrewności mózgu wskutek wzruszenia. Inni tłómaczą śmierć nagłem podrażnieniem i porażeniem ośrodków psychicznych. Obecnie nie znając właściwej przyczyny, musimy się przedewszystkiem opierać na wywiadach, by przynajmniej w przybliżeniu zwrócić uwagę na to w orzeczeniu. W przypadkach śmierci nagłej, w których sekcya nic nie wykazuje a wywiady nic nie podają, trzeba przez ostrożność poddać treść żołądkową badaniu chemicznemu a gdy to zawiedzie, otwarcie się przyznać do niewiadomości przyczyny zejścia śmiertelnego.

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

W obec tak bardzo nielicznych badań anatomicznych gałek ze zwichnięciem soczewki, podaję tu wyniki badania anatomicznego dwóch takich przypadków.

Pierwszy przypadek. Anna P., lat 22, zasięgała mej rady w Lipcu r. 1888. Zanotowałem wówczas, co następuje: Lewe oko M=5D, V=$^{20}/_{20}$, zmian żadnych. Prawe oko: M=10D, V=$^{20}/_{200}$. Rozlane zaćmienie ciała szklanego. *Iris tremulans.* 15. Lipca r. 1893. chora znów się zgłosiła a stan był następujący: Lewe oko M=6D, V=$^{20}/_{20}$, zmian żadnych. W prawem oku soczewka znajduje się w komorze przedniej, którą wypełnia prawie całkowicie; tylko ku górze pozostaje nieprzykrytem pasemko tkanki tęczówki. Przechylenie głowy nie wywołuje żadnej zmiany widocznej w położeniu soczewki. Rogówka i soczewka zupełnie prawie przeźroczyste; w ostatniej spostrzegać się tylko daje bardzo niewyraźna figura gwiaździsta. Zresztą powieki i cała spojówka zupełnie prawidłowe, nastrzyknięcie żył rzęskowych ledwo widoczne. Ucisk śródoczny bardzo zwiększony. Wrażenie światła zupełnie prawidłowe, jednakże ruchów ręki chora wcale już nie mogła odróżniać. Chora utrzymuje, że od czasu ostatniej bytności u mnie wzrok w prawem oku cokolwiek się pogarszał, jednakże do 10. Czerwca 1893. mogła odróżniać większe przedmioty; w tym zaś dniu, wstawszy zrana, dostrzegła rażącą zmianę, nie mogła już wcale prawem okiem poznawać przedmiotów, ku wieczorowi zaś pierwszy raz doznała nadzwyczaj silnych bólów w prawej skroni, które odtąd powtarzały się już codziennie i doszły do tego stopnia, że w ciągu ostatniego tygodnia chora zupełnie prawie nie spała. Ze względu na bardzo silne bóle, znaczny upadek wzroku i rozrzedzone oddawna ciało szklane, nie wahałem się pomiędzy wydobyciem soczewki a wydobyciem gałki, którą to operacyę wykonałem nazajutrz.

Gałkę przechowaną w płynie Müllera rozciąłem w Grudniu roku zeszłego w kierunku południka poziomego i jedną połowę zalałem do celloidyny. Długość osi wynosiła 31 mm., szerokość w obrębie równika 22 mm., na wysokości rąbka zębatego siatkówki 20 mm., podstawa rogówki 9 mm. Brózdy, spostrzeganej zwykle w miejscu połączenia rogówki z białkówką wcale nie ma tak, iż gałka ma kształt zupełnie jajowaty z wierzchołkiem ku przodowi skierowanym. Naczyniówka, jakoteż siatkówka i ciało szklane wszędzie bezpośrednio do siebie przytykają i nigdzie nie są oderwane. Przedewszystkiem wpada w oczy znaczne wydłużenie przedniej połowy gałki; długość wyrostków rzęskowych wraz z obrączką rzęskową (*orbiculus ciliaris*) wynosi 10·5 mm. Przeciwnie komora przednia żadnym zmianom znaczniejszym nie uległa. Podstawa jej wynosi tylko 9 mm. Całą prawie komorę wypełnia zwichnięta soczewka, której przednia powierzchnia przytyka do tylnej powierzchni rogówki. Pozostaje tylko wąska, obwodowa część komory, lecz ta znacznie jest zmniejszona wskutek tego, że obwodowy pas tęczówki przytyka bezpośrednio do tylnej powierzchni rogówki; owa część obwodowa komory jest cokolwiek szersza ku górze. Tęczówka, zupełnie wywrócona za soczewkę obejmuje tylną jej powierzchnię; w tem też miejscu znajduje się źrenica, której średnica wynosi około 5 mm. W całym trakcie jagodówkowym przedewszystkiem wpada w oczy znaczne bardzo zmniejszenie ilości barwika.

Zmiany w poszczególnych częściach oka były następujące:

Grubość rogówki w środku 0·8 mm., w części obwodowej 1 mm. Przybłonek i błona Bowmana zupełnie prawidłowe. Naczynia krwionośne znajdowały się tylko w okolicy rąbka spojówki i tylko w warstwie tkanki łącznej pod przybłonkiem położonej na obszarze 1—2 mm., stanowiły więc one prawidłową końcową sieć pętlową (*Randschlingennetz*); środkowe i wewnętrzne blaszki rogówki wcale nie były unaczynione. Blaszki rogówki były zupełnie prawidłowe i prawidłowo ułożone. Zmiany spostrzegłem dopiero w błonie Descemeta. Grubość jej była prawidłowa, wszakże niepodobna było określić, gdzie się brzeg jej kończył. Wspomniałem już wyżej, że z błoną tą był zrosły pas rzęskowy tęczówki. Zrośnięcie to miało ku górze 1 mm. szerokości, ku dołowi cokolwiek mniej. Otóż w obrębie tego zrośnięcia i w miejscu odpowiadającem przedniemu pierścieniowi granicznemu (*vorderer Grenzring* Schwalbego) znalazłem obfity naciek barwikowy w postaci nie zwykłych komórek barwikowych, lecz odosobnionych ziarenek barwika, który pochodził widocznie od komórek barwikowych przedniej warstwy tęczówki. Bliżej ku środkowi, w miejscu, gdzie tęczówka nie była już zrosłą z rogówką, napotykałem komórki śródbłonka, których granice były bardzo niewyraźne, jądra od roztworu siniawca kampeszowego zabarwiały się bardzo słabo, nadto zawierały one liczne ziarnka barwika, jak również ziarnka substancyi nie barwikowej. Dalej ku przedniemu biegunowi komórek z jądrami wcale już nie było; tylko grupy ziarenek przypominały poprzednie komórki, wreszcie w środkowej części rogówki błona Descemeta zupełnie była obnażoną i przytykała wprost do przedniej torebki, gdyż pomiędzy niemi nie było nie tylko żadnej błony nowopowstałej, lecz nawet warstwy skrzepłej cieczy.

Wspomniałem już, że obwodowa część tęczówki była zrosła z rogówką; zrośnięcie to wywołało, rzecz prosta, zupełne zniknięcie przestworu Fontany. Część obwodowa komory była wskutek tego znacznie zwężona i przedstawiała się na przekroju w postaci nie zaokrąglonego, lecz bardzo ostrego kąta, utworzonego przez rogówkę i tęczówkę. Bezpośredni związek pomiędzy tęczówką a tylną powierzchnią rogówki i zanik przestworu Fontany tłómaczą obfite złogi barwikowe, powstałe nietylko w przednim pierścieniu granicznym, lecz i dalej w ścianie wewnętrznej przewodu Schlemma, pomiędzy podziurawionemi blaszkami sprężystemi. Komórki śródbłonka żadnym nie ulegały tu zmianom; przy rozdrobnieniu zaś za pomocą igieł łatwo się było przekonać, że chodziło tu również nie o komórki barwikowe, lecz tylko o ziarnka barwika, wyzwolone z komórek. Przewód Schlemma wszędzie był bardzo wyraźny, raczej nawet nieco szerszy, niż zwykle; śródbłonek jego był prawidłowy, kulek krwistych nigdy w nim nie widziałem, natomiast dość często znajdowałem ziarnka barwika.

Soczewka w komorze przedniej jest więcej nieco opadła ku dołowi. Tu mianowicie na przedniej powierzchni wywróconej tęczówki powstał rowek, w którym znajdował się równik soczewki, chociaż wcale nie był z nim zrosły. Szerokość soczewki w kierunku strzałkowym 7·2 mm., grubość 4 mm. Przednia powierzchnia widocznie o wiele mniej jest wypukła, niż tylna; w każdym jednak razie soczewka ma kształt bardziej okrągły. W ostatnich czasach Vossius (*Ueber die operative Behandlung der Myopie. Beiträge zur Augenheilkunde.* Z. XVIII.) zwrócił uwagę na to, że, jak się zdaje, u krótkowidzów soczewka w ogóle ma kształt bardziej okrągły, jednakże już samo oderwanie rąbka Zinna wystarczy, by soczewka, ulegając swej sprężystości, przybrała kształt bardziej kulisty. Torebka soczewki w okolicy bieguna przedniego miała grubości 12 μ, w okolicy tylnego bieguna 6 μ. i była zupełnie prawidłowa. Przybłonek przedniej torebki był zupełnie prawidłowy, przy odosobnieniu komórki posiadały niekiedy wyrostki; włókna soczewki całkiem wypełniały torebkę, nie znalazłem też w nich żadnych zmian. Na torebce nigdy nie widziałem oderwanych włókien obwódki Zinna. Białkówka w tylnej części miała grubości przeszło 1 mm.,

w pobliżu brzegu rogówki tylko 0·4 mm., pomiędzy równikiem a okolica przyczepienia ścięgien prostych mięśni tylko 0·3 mm. Zmian w niej zresztą żadnych nie było; warstwy były ułożone prawidłowo. Komórki śródbłonka zupełnie dobrze zachowane; tylko komórki błony żółtej (*membrana fusca*) zawierały bardzo mało barwika. Grubość tęczówki obok brzegu rzęskowego wynosiła 0·3 mm., grubość samego brzegu źrenicznego tylko 0·1 mm. Śródbłonka na przedniej powierzchni nie było. W przedniej warstwie granicznej (*vordere Grenzschicht*) pętle siateczki znacznie były szersze, niż zwykle; komórki wszystkie prawie zawierały barwik, lecz w postaci zupełnie prawie odosobnionych ziarenek, komórki limfatyczne były bardzo nieliczne. W warstwie naczyniowej uderzała nadzwyczaj mała ilość naczyń, zwłaszcza mniejszych; natomiast przestwory limfatyczne i w tej warstwie również znacznie były większe. Okrągłych lub nieprawidłowego kształtu komórek barwikowych znalazłem bardzo mało i nadto tylko w przedniej warstwie granicznej; natomiast warstwa naczyniowa wcale ich nie zawierała. Brzeg źreniczny był jakby ścięty, ta zaś okoliczność pochodziła li tylko z pewnego zaniku warstwy tęczówki, ze średniego listka zarodkowego powstającej, gdyż sam brzeg źreniczny otaczała dokoła, równie jak w prawidłowej źrenicy, tylna warstwa barwikowa; w niej żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Zwieracz źrenicy był zupełnie dobrze zachowany; szerokości miał 0·9 mm., grubości tylko 0·5 mm. W ciele rzęskowem mięsień akomodacyjny dobrze zachowany, długość wynosi 3 mm. Kąt wewnętrzny utworzonego przezeń trójkąta jest bardzo tępy; brakuje zupełnie pęczków kręgowych (mięsień Mullera). Sam mięsień jest nadto znacznie cieńszy i dzieli się na blaszki nietylko w wewnętrznej, lecz nawet w zewnętrznej warstwie. Oczywiście mamy tu przed sobą w wyższym stopniu mięsień akomodacyjny krótkowidza. W podścielisku ciała rzęskowego spotykamy znowu ten sam zanik, który już widzieliśmy w tęczówce; liczba naczyń widocznie zmniejszona, żyły grube o bardzo cienkich ścianach. Komórki limfoidne bardzo rzadkie; z komórek barwikowych okrągłe nigdy się prawie nie napotykają. Nieliczne wrzecionowate i gwiaździste komórki zawierają barwik, lecz tylko w postaci zupełnie odosobnionych, drobnych ziareczek tak, iż przy słabem powiększeniu mają barwę blado-żółtą. Te same zresztą zmiany i w większym jeszcze stopniu znalazłem we właściwej naczyniówce, której grubość w tylnej części wynosiła tylko 0·2 mm.

W błonie nadnaczyniówkowej zawierały blaszki wszędzie zupełnie prawidłowe komórki śródbłonka; natomiast komórek barwikowych wcale nie było, lub też zawierały one bardzo nieliczne ziarnka barwikowe, niekiedy po kilkanaście tylko w każdej komórce. We właściwej naczyniówce zwykle napotykaliśmy na przecięciu mniej niż dwie warstwy naczyń o szerokiem świetle, lecz bardzo cienkich ścianach; komórek barwikowych, jakoteż nie zabarwionych pomiędzy naczyniami nigdy prawie nie było. Warstwy naczyń włosowatych na wielu przekrojach wcale nie znajdowałem.

Wspomniałem już, że w obrębie tęczówki przybłonek tylnej warstwy barwikowej był prawidłowy. To samo powiedzieć możemy w gruncie rzeczy o całej warstwie przybłonka barwikowego siatkówki. Niebrakowało go zgoła nigdzie; nadto oko było o tyle dobrze zachowane, że wyrostki komórek tworzyły wyraźne pochewki dokoła pręcików i czopków. W jednym tylko względzie dzieliły one los komórek z warstwy średniej zarodkowej powstałych, mianowicie znacznie mniej obfitowały w barwik tak, że barwa ich była nie czarna, lecz ciemnożółta, równie jak komórek barwikowych podścieliska tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki. Najmniej barwika zawierały komórki przybłonkowe pierścienia rzęskowego i okolicy właściwej siatkówki w pobliżu rąbka zębatego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Po wykonaniu wielu drobnych nacięć na powierzchni macicy i otwarciu w ten sposób jej naczyń, wstrzyknął autor do żyły bakteryę, wyhodowaną z przypadku zapalenia woła. W 24 godzin po tym zabiegu zwierzę padło; przy sekcyi nie można było wprawdzie wykazać zapalenia otrzewny, natomiast znaleziono w jamie brzusznej skrzepy krwi, w których wykazano bakterye. Drugie podobne doświadczenie wykonał autor na pęcherzu moczowym; wystawił narząd ten na działanie powietrza w ciągu $^1/_4$ godziny, nonacinał jego powierzchnię surowiczą oraz wstrzyknął do żyły 3 cm.³ hodowli tej samej bakteryi, co i w poprzedniem doświadczeniu. I tu padło zwierzę w 24 godzin po zabiegu; przy sekcyi okazało się ogólne zapalenie otrzewny.

Ażeby zbadać rolę mechanicznego uszkodzenia, jakie sprowadzają podwiązki przy powstawaniu zapalenia otrzewny, podwiązywał autor macicę i zakażał otrzewnę. W jednej części tych doświadczeń wystawiał powierzchnię surowiczą podwiązanej macicy na działanie powietrza, w drugiej zaś chronił on tę powierzchnię przez polewanie ciepłym fizyologicznym rozczynem soli kuchennej; zwierzęta, których macica została wystawiona na działanie powietrza, padały, zwierzęta zaś, których macicę uchroniono od tego działania, wyzdrowiały. U tych zwierząt, u których wystąpiło ropne zapalenie otrzewny, zmiany patologiczne były najsilniejsze w okolicy odżywionego kikuta. Powierzchnia surowicza nieodżywionej części macicy była lśniąca i nie przedstawiała w ogóle żadnych zmian patologicznych. W celu wyjaśnienia tej okoliczności zrobił autor następujące doświadczenia: Po wycięciu macicy pozostawiał u jednych zwierząt w jamie brzusznej kikut nieodżywiony, u innych zaś odżywiony. Kikut ten wystawiał na działanie powietrza przez kwadrans lub też polewał jego powierzchnię również przez kwadrans zimnym rozczynem sublimatu 1 : 1000, a następnie wprowadzał do otrzewny jadowitą bakteryę, wyhodowaną z przypadku zapalenia woła. Te zwierzęta, u których kikut był nieodżywiony, znosiły ten zabieg dobrze, u tych zaś, u których kikut był odżywiony, występowało ropne zapalenie otrzewny.

Na podstawie przytoczonych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków:

1) po wprowadzeniu do jamy brzusznej gronowca ropnego złocistego, nawet po wprowadzeniu kawałków płótna czy wełny, które impregnowano tym drobnoustrojem, ażeby w ten sposób utrudnić jego resorpcyę, nie powstaje zapalenie otrzewny;

2) bez uszkodzenia błony surowiczej otrzewna nie może zostać zakażoną ani przez wprowadzenie bakteryj do krwi, ani do jelita, ani do pochwy;

3) bez poprzedniego uszkodzenia otrzewny nawet wielkie ilości (5 cm.³ czystej hodowli) jadowitych bakteryj chorobotwórczych, wprowadzonych do jamy brzusznej, nie wywołują zapalenia otrzewny;

4) wskutek działania na otrzewnę powietrza lub zimnego rozczynu sublimatu, choćby działanie to trwało przez czas dłuższy, nie powstaje nigdy zapalenie otrzewny;

5) gdy po zadziałaniu powietrza na otrzewnę dostaną się do jamy brzusznej bakterye ropne, choćby w niewielkiej ilości, powstaje ropne zapalenie otrzewny;

6) przez polewanie otrzewny ciepłym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej ochrania się tę błonę od szkodliwego działania powietrza;

7) gdy uchroniono otrzewnę od działania powietrza, zakażenie jamy brzusznej nie sprowadza zapalenia otrzewny;

8) mechaniczne uszkodzenia otrzewny stanowią słabszą predyspozycyę do powstania zapalenia otrzewny, aniżeli uszkodzenia chemiczne, jakie wywołuje działanie powietrza, oraz roczczynu sublimatu na tę błonę.

W doświadczeniach Walthard a najciekawsza bodaj i po raz pierwszy doświadczalnie stwierdzona jest okoliczność, że przy zakażeniu otrzewny tak doniosłe znaczenie ma odżywienie tej błony, a mianowicie, że nawet wówczas, gdy wywołano wszystkie stosunki, w których zwykle następuje zakażenie otrzewny, niepodobna go sprowadzić, gdy zakażona część otrzewny jest odciętą od ogólnego krążenia. Sądząc z analogii z innymi znanymi faktami, powinniśmy się spodziewać, że właśnie w tkance odciętej od krążenia, a więc obumierającej lub obumarłej, bakterye będą się rozwijać bardzo szybko i tem łatwiej może nastąpić ogólne zakażenie otrzewny. Tymczasem wynik doświadczeń Walthard a[170]) jest temu wprost przeciwny. Jest jasnem, że bakterye, któremi zakażono podwiązaną część otrzewny, nie mogą zostać wchłonięte przez tę tkankę i tą drogą nie mogą sprowadzić ani zakażenia pozostałej części otrzewny, ani ogólnego zakażenia ustroju. Ażeby działanie tych bakteryj było szkodliwem dla ustroju, musi ono zostać skierowanem przedewszystkiem na prawidłową część otrzewny, przez tę ostatnią zaś, nie pozbawioną własności resorpcyjnych, zostają one wchłaniane i w razie, gdy ilość ich nie jest zbyt wielką, zostają one unieszkodliwione a następnie wydalane z ustroju. Ponieważ w podobnych doświadczeniach podwiązana część otrzewny odgrywa w każdym razie rolę ogniska zakaźnego, pozostała zaś część otrzewny, znajdująca się w stanie fizyologicznym, odbywa swe funkcye, których celem jest w danym razie pokonanie zakaźnych bakteryj i ochrona ustroju przed ich zgubnem działaniem, musimy tłómaczyć sobie wynik doświadczeń Walthard a w ten sposób, że w doświadczeniach tych stosunek między siłą zakaźną z jednej strony, z drugiej zaś siłą resorpcyjną czy ochronną otrzewny został zachowany na korzyść ostatniej; w przeciwnym bowiem razie, t. j. gdyby ilość bakteryj, użytych do zakażenia powierzchni podwiązanej macicy, była większa lub też jadowitość ich znaczniejszą, musiałoby i w tych doświadczeniach, jak to wypada z prac innych autorów, powstać zapalenie otrzewny; gdyby zaś ilość tych bakteryj była jeszcze większą, zwierzęta byłyby padły na zakażenie ogólne.

Ostatnią wreszcie pracą doświadczalną nad zapaleniem otrzewny a mianowicie nad etyologią oraz patogenezą zapalenia otrzewny, powstającego po przedziurawieniu jelita, jest praca Barbacciego[171]).

W pracy tej dochodzi autor wbrew twierdzeniu wielu innych badaczy, zwłaszcza Francuzów, do wniosku, że *bacterium coli commune* nie jest drobnoustrojem, wywołującym zapalenie otrzewny po przedziurawieniu jelita. Obecność tego mikroorganizmu w wysiękach otrzewnowych jest według autora zjawiskiem pośmiertnem. Po wstrzyknięciu *bacterii coli communis* w czystej hodowli nawet w wielkich ilościach do jamy brzusznej psów, nie powstawało zapalenie otrzewny; gdy zaś wprowadzono je do jamy brzusznej w wielkiej ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej lub z substancyami drażniącemi miejscowo, n. p. z filtrowanym i sterylizowanym kałem, powstało zapalenie otrzewny.

Według Barbacciego do powstania zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita potrzebne są następujące 3 warunki:

1) dostanie się treści oraz gazów jelita do jamybrzusznej;

2) rozmnażanie się bakteryj, które z treścią jelita dostały się do jamy otrzewny;

3) trwanie podrażnienia błony surowiczej w ciągu dłuższego czasu przez działanie coraz to nowych porcyj treści jelita na otrzewnę.

Działanie treści jelita na otrzewnę polega według autora na tem, że wywołuje ona zmiany w błonie surowiczej oraz stanowi dobrą pożywkę dla bakteryj, które dostały się do jamy brzusznej.

Tavel i Lanz[172]) ogłosili w ostatnich czasach 72 kliniczne przypadki zapalenia otrzewny, których rozbiór krytyczny stanowi niejako podstawę do treściwej monografii o etyologii zapalenia otrzewny. Badania bakteryologiczne wysięków otrzewnowych, jakie autorzy dokonywali w tej pracy, zostały przeprowadzone w sposób racyonalniejszy, aniżeli przez innych autorów; badano bowiem te wysięki nie po śmierci chorych, ale za ich życia, podczas operacyi.

Co się tyczy etyologii i patogenezy zapalenia otrzewny, należy według autorów uwzględnić czynniki następujące:

a) przy zapaleniu otrzewny bez przedziurawienia jelita czy innego narządu brzusznego:

1) wrastanie bakteryj do jamy brzusznej z sąsiedniego organu. Dzieje się to n. p. w typowem zapaleniu otrzewny połogowem, w którem paciorkowce przez naczynia limfatyczne dostają się do jamy otrzewny i powstaje w ten sposób zakażenie tej błony *per continuitatem*;

2) przejście bakteryj z sąsiedniego narządu do jamy brzusznej, n. p. z jelita; co się tyczy tego czynnika, co do którego panują wśród badaczy zdania sprzeczne, autorzy własnego zdania nie wypowiadają;

3) dostanie się do jamy brzusznej substancyj chemicznych z sąsiedniego narządu, n. p. przy skręceniu szypuły guzów jajników lub po pęknięciu torbieli jajnikowych.

b) w zapaleniu otrzewny, powstałem po przedziurawieniu narządu uwzględnić należy nadto następujące czynniki:

4) dostanie się do jamy brzusznej substancyj chemicznych, jakoto produktów bakteryjnych, fermentów jelita i ciał powstałych przy ich rozkładzie. Substancye te działają szkodliwie na błonę surowiczą; tkanka otrzewny może pod względem anatomicznym przedstawiać się prawidłowo a jednak być uszkodzona pod względem fizyologicznej funkcyi komórek. Jakkolwiek przez samo zadziałanie tych substancyj na otrzewnę nie powstaje zapalenie otrzewny, wywołują one niejako predyspozycyę otrzewny do stanu zapalnego;

5) dostanie się do jamy brzusznej bakteryj. Autorzy na zasadzie danych klinicznych potwierdzają zdanie Grawitza i innych, według których same bakterye, wprowadzone do jamy brzusznej nawet w wielkich ilościach nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewny;

6) dostanie się do jamy brzusznej ciał stałych; według autorów, czynnik ten wzięty sam jeden, nie wystarcza do wywołania zapalenia otrzewny, sprowadza on jednak także predyspozycyę otrzewny do stanu zapalnego.

Według Tavela i Lanza nie wystarcza więc w ogóle żaden z przytoczonych czynników, wzięty z osobna, do wywołania stanu zapalnego otrzewny; mogą one tylko sprowadzać predyspozycyę otrzewny do tego stanu, samo zaś zapalenie może powstać dopiero wówczas, gdy kilka tych czynników skombinuje się razem.

Zastanawiając się nad kwestyą, na czem właściwie owa predyspozycya otrzewny do stanu zapalnego polega, dochodzą autorzy, głównie na podstawie pracy Walthard a[173]) do wniosku, że polega ona nietylko na uszkodzeniu otrzewny, ale na już istniejących zmianach zapalnych w tej błonie, wywołanych przez samo uszkodzenie. Innemi słowy pierwotne zapalenie otrzewny natury bakteryjnej nie istnieje; bakterye mogą rozwinąć swoją działalność w jamie brzusznej dopiero wówczas, gdy istnieją już w tej błonie zmiany zapalne, wywołane przez działanie substancyj chemicznych. Nadto starają się autorzy na zasadzie własnych obserwacyj odpowiedzieć na kilka pytań, tyczących się samej etyologii zapalenia otrzewny.

---

[170]) Walthard: l. c.
[171]) Barbacci: l. c.

[172]) Tavel und Lanz: l. c.
[173]) Walthard: l. c.

Wyrażają oni przekonanie, że zapalenie otrzewny jest zwykle zakażeniem kilkoma gatunkami bakteryj, w tych zaś tylko przypadkach spotyka się zakażenie jednym gatunkiem, gdy następuje ono drogą naczyń krwionośnych. Żaden gatunek bakteryalny nie odgrywa w etyologii zapalenia otrzewny wybitnej roli zarazka swoistego.

Bacterium coli commune zaś, uważane przez wielu autorów za organizm swoisty dla zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita, nie jest przedewszystkiem pod względem bakteryologicznym jednostką, czyli dobrze określonym typem a nazwa ta wobec różnorodności podgatunków (których liczba wynosi 31) musi być uważaną za nazwę zbiorową. W końcu wysnuwają autorzy z wyniku bakteryologicznego badania wysięków brzusznych pewne wnioski, dotyczące dyagnostyki punktu wyjścia, z którego powstało zapalenie otrzewny.

Z powyższego zestawienia widzimy, że co do tego ważnego szczegółu, czy same bakterye chorobotwórcze, wprowadzone do prawidłowej jamy brzusznej, są w stanie wywołać zapalenie otrzewny, czy też zakażenie takie może powstać dopiero na tle już poniekąd przygotowanem, panuje między autorami sprzeczność. Większość badaczów potwierdza wprawdzie zapatrywania Grawitza, według którego same bakterye zapalenia otrzewny nie wywołują; wyniki przeciwne są jednak otrzymane również drogą doświadczalną i reprezentowane przez poważnych autorów. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną a dotychczasowe nasze wiadomości w dziedzinie fizyologii i patologii już nam pozwalają na wyjaśnienie jej do pewnego stopnia. Jest jasnem, że mechaniczne uszkodzenie otrzewny lub stan patologiczny tej błony, istniejący przed jej zakażeniem, muszą ułatwiać powstawanie zapalenia otrzewny. Na to niemal wszyscy się zgadzają, chodzi więc tylko o to, czy czynniki te są konieczne przy powstawaniu cierpienia, czy też same bakterye mogą wywołać stan zapalny otrzewny. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

T. N. Kelynack: **Jeżdżenie na kole (welocypedzie) pod względem lekarskim.**

W zdrowym ustroju wpływ jazdy na kole uwydatnia się najwięcej i bezpośrednio na czynności serca, sprawiając przyśpieszenie tętna przez cały ciąg jazdy. Mało dotychczas zajmowano się fizycznym rozwojem tych osób, które całemi latami często jeżdżą na kole.

G. Hammond (w Nowym Jorku), badając pewną liczbę kolarzy znalazł u 14 z nich jeżdżących od 5 do 13 lat zwykły przerost serca bez rozszerzenia a pojemność oddechową większą od średniej. Staranne badanie tych 14 słynnych, zawodowych kolarzy nie wykazało żadnego zboczenia w stosie kręgowym. U wszystkich natomiast znaleziono nadmierny przerost mięśni uda i mięśni brzusznych. Zauważono nadto, że kolarze stosunkowo często nabywają złego przyzwyczajenia się oddechania ustami. W ciągu chorób nie zawsze należy zabraniać jazdy na kole. W niektórych przypadkach rozszerzenia serca, w lżejszych przypadkach wad zastawkowych i zwyrodnienia mięśnia sercowego jeżdżenie po równych drogach pod bacznym nadzorem oddaje wielkie usługi. Osoby mające żylaki przez odpowiednio uregulowane jeżdżenie na kole doznają ulgi. W niektórych stanach nerwowych, zwłaszcza w neurastenii i histeryi jazda na kole może mieć wpływ bardzo dobroczynny a często wielkie oddaje usługi w bezsenności.

Ginekologowie przekonali się, że jazda na kole wpływa korzystnie na dolegliwości z nawału do narządów miednicznych pochodzące. Starannie nadzorowana jazda na kole może także oddać ważne usługi w pewnych cierpieniach dróg oddechowych, jak w utajonej gruźlicy.

Ostrożne i mierne użycie koła okazało się nieraz bardzo skutecznem w niestrawności czynnościowej, oraz zatwardzeniu, dnie, moczówce i ogólnej niedokrewności. K. podaje dalej bezstronne zestawienie tego wszystkiego, co dotąd zebrano a co przemawia przeciw jeździe na kole. W każdym przypadku należy indywidualizować; za ogólną jednak regułę uważać można, iż jazda na kole jest przeciwskazana: w stwardnieniu tętnic, gruźlicy, rozedmie płuc, rozległych chorobach zastawek, duszności, w cierpieniach brzucha i miednicy, otyłości, padaczce i chronicznych cierpieniach mięśni i stawów.

Co do higienicznej strony jazdy na kole, to należy potępiać szybkie i dalekie jazdy u młodzieńców. Szkodliwemi są dalej usiłowania dostania się na szczyt pagórków i jazda pod wiatr. W czasie dłuższej jazdy należy często używać lekkich pokarmów, wystrzegać się użycia wyskoku, wyciągów mięsnych i bodźców jak koka. Kobiety nie powinny jeździć w czasie miesiączki. Ubiór do jazdy powinien być wełniany i takiego kroju, aby jeździec był w ruchach swobodny.

Artykuł autora jest wybornem przedstawieniem korzystnych i niekorzystnych stron, jakie ma pod względem lekarskim jazda na kole; autor wszędzie odwołuje się do literatury, artykuł więc jego zasługuje w całej pełni na uwagę kolarzy i lekarzy. (*The Medical Chronicle*, Kwiecień, 1895).

P. A.

Choroby dzieci.

Vignaudon: *Arthritis blennorrhoica* **u dzieci.**

Autor zebrał 23 przypadki tryprowego zajęcia stawów u dzieci. W 11 punktem wyjścia była *vulvo-vaginitis*, w 12 zaś *conjunctivitis blennorrhoica*. Powikłanie ze strony stawów występuje albo podczas przebiegu choroby przyczynowej, albo nawet po jej wyleczeniu. Zazwyczaj wśród gorączki i niedomagania pojawia się bolesny obrzęk jednego lub kilku stawów, poczem wkrótce objawy ogólne znikają lub słabną i cierpienie się umiejscawia. Najczęściej zajmuje choroba jeden staw, zwykle kolanowy. W zapaleniu biorą udział pochewki sąsiednich ścięgien. Zajęcia innych błon surowiczych, jak osierdzia i t. d. nie zauważono nigdy. Najważniejszym objawem miejscowym jest ból stały, przy dotykaniu i ruchach gwałtownie się wzmagający. Czynność stawu upośledzona nieraz aż do zupełnego zniesienia ruchomości. Obrzęk czasem twardy, czasem podatny. Częstokroć występuje *hydarthros*. Skóra albo blada i połyskująca, albo też napięta i przekrwiona. Ciepłota miejscowa podwyższona. W przypadkach przez autora przytoczonych cierpienie trwało od 5—50 dni. Obrzęki ustępują zwolna, bolesność utrzymuje się przez czas dłuższy. Zesztywnienie stawu zupełne (*ankylosis*) nie wystąpiło w żadnym przypadku. Z powikłań widziano ropienie w stawie a w kilku przypadkach zanik mięśni odpowiedniej kończyny.

Mówiąc o rozpoznaniu radzi V. w każdym przypadku bolesnego obrzęku stawów, który występuje u dzieci wśród gorączki i przedstawia wyżej opisane cechy, obejrzeć części płciowe a znalazłszy wydzielinę badać ją bakteryologicznie. Liczne spostrzeżenia z nowszych czasów wykazały, że zakażenie tryprowe jest u dzieci częstsze, niż dotychczas przypuszczano, a nastąpić może także drogą pośrednią jako to przez gąbki, bieliznę i t. d. Rokowanie jest daleko lepsze niż u dorosłych. Najczęściej choroba ustępuje zupełnie, nie należy jednak zapominać o możliwości ropienia lub zaniku kończyny.

Ponieważ środki wewnętrzne, jak salicylan sodowy, jodek potasu i t. d. pozostają bez skutku, przeto leczenie stosuje się tylko miejscowe. Zasadza się ono na unieruchomieniu kończyny w rynience drucianej, watą wysłanej, po założeniu lekkiego opatrunku uciskającego. Stosować można także miejscowo środki odwodzące jak nalewkę jodową i t. d.. Przy wysięku ropnym wskazany jest zabieg operacyjny.

Następowe lekkie zesztywnienia stawów usuwa się mięsieniem i gimnastyką. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Maj 1895). *Dr. Lang.*

Zapiski terapeutyczne.

103. E. Maragliano (profesor kliniki lekarskiej w Genui): Leczenie gruźlicy płucnej surowicą

swoista (według wykładu w *British medical Association*). Jak ustrój sam własnemi siłami walczy przeciw wielu innym zakażeniom, tak również walczy on i przeciw gruźlicy i nieraz z tej walki wychodzi zwycięsko. Jeżeli walczy, to musi mieć środki do tej walki a z pojęcia tych środków wyłonił się szereg różnych metod szczepienia, immunizacyi i wreszcie powstała terapia surowicza.

Pierwsza myśl użycia surowicy do leczenia gruźlicy powstała we Francyi, gdzie użyto do wstrzykiwań krwi albo zwierząt za odporne przeciw gruźlicy uważanych, jak kóz i psów, albo zwierząt, u których przez szczepienie gruźlica starano się wytworzyć swoiste środki ochronne przeciw gruźlicy.

Doświadczenia w tej mierze Richeta i Héricourta, Babesa i innych nie doprowadziły wszakże dotychczas do żadnych stanowczych rezultatów; dlatego autor zajął się tą sprawą i podaje rezultaty swych doświadczeń do wiadomości ogółu, bez żadnej pretensyi, bez entuzyazmu.

Gdy w dotychczasowych doświadczeniach innych autorów starano się o uzyskanie odporności zwierząt przez szczepienie hodowlami gruźlicy ludzkiej lub świnek morskich i skutku zadowalniającego nie uzyskano, używał autor do szczepienia psów, osłów i koni nie hodowli, ale substancyj trujących *(toxische Principien)*, otrzymanych z hodowli a tak mocno trujących, iż zabijały świnki morskie po 2 lub 3 dniach.

Autor nie opisuje, widocznie naumyślnie, ani w jaki sposób otrzymywał owe substancye trujące, ani w jaki szczepił wymienione zwierzęta; oświadcza tylko, że jeżeli człowiekowi cierpiącemu na gruźlicę wstrzyknie się tuberkulinę i surowicę w dostatecznej ilości, nie przychodzi do odczynu ani miejscowego, ani ogólnego.

Z doświadczeń autora na chorych wypada, iż jego surowica swoista działa na rozmaite przypady gruźlicy i to w sposób następujący:

a) n a c i e p ł o t ę. U chorych niegorączkujących nie ma po surowicy innego działania, jak u zdrowych. Dawka jednego centymetra sześciennego nie sprawia żadnego podwyższenia ciepłoty ciała; dawki większe sprawiają tylko przemijające podwyższenie, nieraz nawet bardzo znaczne, co zależy od właściwości indywidualnych danej osoby a bynajmniej nie od wielkości dawki.

To podwyższenie się ciepłoty ciała po użyciu surowicy swoistej nie pochodzi bynajmniej z tej jej swoistości, lecz jest ogólnym objawem działania surowicy, nawet zwierząt zupełnie zdrowych, wcale nieimmunizowanych.

Dalej ów wpływ na podwyższenie ciepłoty nie zależy od ciężkości choroby w danym przypadku. Chorzy na gruźlicę niegorączkujący nie doznają podwyższenia ciepłoty, jeżeli są nawet jamy w płucach, gdy tymczasem nieraz dostają podwyższenia ciepłoty chorzy ze zmianami bardzo ograniczonemi.

Po użyciu wielkich dawek podwyższa się ciepłota na 1 do 2 dni, poczem znów opada.

b) n a s t a n o g ó l n y. Pod wpływem wstrzykiwań doznają chorzy przyjemnego uczucia poprawy stanu ogólnego.

c) n a p r z y p a d y m i e j s c o w e. Wstrzykiwania działają bardzo korzystnie na miejscowe ogniska gruźlicze, nieraz nawet bardzo rychło. W przypadkach niedaleko zaszłych ognisko gruźlicze niejako wysycha, znikają rzężenia i tylko opukiwaniem można wykazać stłumienie.

To pomyślne działanie rzeczonych wstrzykiwań następuje wszakże jedynie w przypadkach, w których niema razem innych mikrobów; im więcej jest przymięszanych innego rodzaju bakteryj, tem mniejszym jest wpływ rzeczonego leczenia.

Wraz z poprawieniem się objawów miejscowych łagodnieje kaszel i bywa coraz mniej plwociny, w której w końcu nie można wykryć właściwych laseczników.

S k u t k i t e r a p e u t y c z n e o g ó l n e. Na podstawie doświadczenia we wszystkich, od najcięższych do najlżejszych formach gruźlicy przychodzi autor do następujących wniosków:

a) przypadki z ogniskami ograniczonemi, nieznaczną gorączką lub bez niej, z samemi tylko laseczniakami właściwemi, bez domieszki lub z małą domieszką innych mikrobów, zazwyczaj doznają stanowczo pomyślnej zmiany. Z 44 chorych tego rodzaju, 24 leczonych systematycznie można było jako zdrowych wypuścić z kliniki; o 20 można tylko tyle powiedzieć, iż się poprawili znacznie, usunęli się jednak zawczas z pod obserwacyi;

b) przypadki z rozlanemi ogniskami zapalnemi w płucach i oskrzelach, bez żadnej lub z małą tylko domieszką obcych mikrobów poprawiły się znacznie, lecz dla krótkości czasu leczenia jeszcze nie ukończyły;

c) w takichże przypadkach ze znaczną domieszką obcych mikrobów skutek leczenia samemi tylko wstrzykiwaniami był nieznaczny;

d) nawet w przypadkach z objawami jam w płucach był pewien skutek;

Na pytanie, czy skutek leczenia jest trwały, odpowiada autor twierdząco, jeżeli leczenie odbywało się dosyć długo, dłużej, niż przypady podmiotowe i przedmiotowe choroby.

Co się tyczy znaczenia uzyskanych przez autora rezultatów terapeutycznych, jest on zdania, że gruźlica ma podobieństwo do kiły; tak jak w kile mimo ustąpienia całkowitego wszelkich objawów nie można chorego uważać za ostatecznie wyleczonego, bo i po kilkudziesięciu latach może choroba niespodziewanie znów się ukazać, tak również w gruźlicy można mówić o wyleczeniu tylko na teraz.

Co się tyczy nadziei, jaką łączyć można z terapią surowiczą w gruźlicy, nie można wymagać i po niej działania nadzwyczajnego, restytuowania zniszczonych tkanek i t. d. W tej mierze nie rozchodzi się o to, jak długo trwa już choroba w płucach, nim dostanie się do leczenia, ale jak rozległe i jakiego stopnia i rodzaju są zmiany przez gruźlicę w organizmie wywołane.

Zmiany ograniczone leczą się oczywiście rychlej i łatwiej, niż zmiany rozległe. Co się zaś tyczy natury zakażenia, to zmiany wywołane przez obecność samych tylko prątków swoistych są dla terapii dostępne; domieszka zaś innych mikrobów, jak dyplokoków i streptokoków przeszkadza tem bardziej skutkom leczenia, im jest większa.

Autor sądzi, że dla jego terapii surowiczej w gruźlicy niema żadnego przeciwskazania; trzeba tylko mieć na uwadze, czego można rozsądnie spodziewać się po terapii i co jest w gruźlicy naturalnym skutkiem przebiegu choroby a co skutkiem leczenia.

Co się tyczy samego leczenia gruźlicy surowicą swoistą, odbywa się ono w ten sposób: W formach bez gorączki wstrzykuje się co drugi dzień po centymetrze sześciennym, po 10 dniach wstrzykuje co dzień tę samą ilość, po dalszych 10 dniach ilość dwa razy większą i t. d.

W przypadkach z gorączką ciągławą *(febris subcontinua)* i temperaturą wyższą nad 38·5° można odrazu wstrzyknąć 10 cm.³, poczem należy czekać 3 dni; jeżeli gorączka obniży się, należy wstrzykiwać dalej po 1 do 2 cm.³ dziennie, w przeciwnym razie wstrzyknąć po 8 dniach znów 10 cm.³ i t. d.

Skutek pomyślny wstrzykiwań ukazuje się niekiedy już po 2 tygodniach; w innych razach trzeba nań czekać i 8 tygodni. Jeżeli już ukazał się skutek pożądany, trzeba leczenie prowadzić dalej przynajmniej przez miesiąc i to najlepiej za pomocą tych samych dawek. Autor sądzi nawet, że byłoby dobrze używać surowicy jeszcze przez rok i to po centymetrze sześciennym na tydzień.

Wstrzykiwania, które nie sprawiają żadnego bolu a zazwyczaj i żadnej miejscowej reakcyi, można robić w każdem

miejscu, najlepiej wszakże tam, gdzie jest wiotka tkanka łączna podskórna, a zatem n. p. u dołu i z boku klatki piersiowej. Oczywiście, że należy przy tem zachować wszelkie prawidła antyseptyki i aseptyki.

Dobre stosunki higieniczne i odpowiednie żywienie chorych wspierają znakomicie leczenie.

Ostatecznie jest autor zdania, że jego surowicą można w przypadkach zmian ograniczonych bez gorączki uzyskać świetne rezultaty, w przypadkach zaś ciężkich nieraz godne uwagi polepszenie. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 12. Sierpnia 1895).

104. A. Eulenburg: O nadużywaniu tyroidyny. Odkąd zaczęto prawie bez krytyki i dowolnie przeciw wszystkiemu, co dało się wprowadzić w związek z gruczołem tarczykowym, używać leczenia za pomocą zadawania substancyi tegoż gruczołu a mianowicie od czasu publikacyi Leichtensterna w sprawie leczenia nią otyłości (por. Nr. 51. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.), powstała w publiczności, osobliwie żeńskiej formalna mania leczenia się przeciw otyłości przetworami tyroidynowemi, szczególniej tabliczkami, na wielką skalę przez rozmaite firmy wyrabianemi a żądającym bez żadnej kontroli lekarskiej sprzedawanemi. Autor przytacza z własnej praktyki przypadek pewnej artystki dramatycznej, która bez ordynacyi lekarskiej na proste zalecenie aptekarza, używała przeciw swej otyłości dziennie po 6 tabliczek tyroidynowych i straciła wprawdzie w ciągu dwóch miesięcy $8^1/_2$ kilograma na ciężarze, dostała jednak ciężkich zboczeń w czynności serca i układu nerwowego obok wodniey krwi (*hydraemia*). Ten i wiele podobnych przypadków dowodzi, że przetwory gruczołu tarczykowego nie są bynajmniej środkami obojętnymi, że zatem wydawanie ich publiczności powinno odbywać się jedynie za przepisem lekarskim. (*Deutsche med. Wochenschrift.* 15. Sierpnia 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Sierpnia 1895 r.

— W Zapiskach terapeutycznych w niniejszym numerze zdajemy sprawę z pracy prof. Maragliany w Genui o leczeniu gruźlicy płucnej surowicą swoistą, pracy przedstawionej naprzód tegorocznemu zebraniu się *British medical Association* a następnie dziwnym sposobem, bez uprzedzenia o tem zgromadzonych, i kongresowi internistów francuskich w Bordeaux, odbywającemu się między 8. a 14. b. m. Pracą prof. Maragliany zajęły się oczywiście i pisma polityczne, przypisując jej nadzwyczajną doniosłość; praca rzeczona tymczasem nietylko że nie jest nową pod względem myśli zasadniczej, bo ją wyprzedziły w tej mierze doświadczenia Richela, Viquerata i Paquina, ale nadto całkiem niewłaściwie otacza się tajemnicą co do najważniejszego szczegółu: sposobu otrzymywania toksyn skutecznych i immunizowania niemi zwierząt.

— Ostatni, podwójny (78. i 79.) zeszyt *Odczytów klinicznych* wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* zawiera rzecz o leczeniu gruźlicy stawów, napisaną przez prof. Rydygiera w Krakowie.

— Docent instytutu klinicznego W. Księżny Heleny Pawłowny, Dr. O. Moczutkowski mianowany profesorem honorowym.

— Ostatni (33.) numer tygodnika *das oesterreichische Sanitätswesen* zawiera bardzo dokładny opis (z planami) krakowskiego zakładu Helclów dla chorych nieuleczonych i rekonwalescentów i przedstawienie jego dotychczasowego działania, skreślone przez prof. Dra Ponikłę, dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— W Nałęczowie w gubernii lubelskiej wzniesiono temi dniami na miejscowym cmentarzu pomnik ś. p. Dra Fortunata Nowickiego, zmarłego w dniu 11. Czerwca 1885., wskrzesiciela tamtejszego zakładu leczniczego. Po ceremonii religijnej skreślił Dr. Chmielewski, teraźniejszy dyrektor zakładu, żywot zmarłego i zasługi jego dla Nałęczowa.

— W Zakopanem przebywało do 20. Sierpnia b. r. 4163 gości; jestto liczba dotychczas nigdy nie bywała.

— W ostatnich wyborach do rad jeneralnych francuskich wybrano na 1443 powołanych 182 a zatem więcej, niż 12·6% doktorów medycyny, co jest dowodem z jednej strony zaufania ludności do stanu lekarskiego, z drugiej zajmowania się lekarzy francuskich sprawami publicznemi.

— Z uwagi, że w Szwajcaryi, osobliwie po dużych miastach samobójstwa pojawiają się zwykle nie odosobnione, ale grupami, w których w krótkim czasie następuje samobójstwo jedno po drugiem, z uwagi więc, iż sugestya i naśladownictwo w tej mierze niewątpliwie znaczną odgrywają rolę, uchwaliło Towarzystwo lekarskie w Bernie (szwajcarskim) życzenie, by pisma codzienne nie donosiły o samobójstwach.

— Na Wołyniu pojawia się ciągle cholera epidemicznie. Od 23. Czerwca do 13. Lipca zachorowało 142, umarło 38 osób, od 21. Lipca do 27. t. m. zachorowało 106, umarło 26 osób. W ostatnich czasach były nawiedzonemi głównie powiaty ostrogski i zasławski. Pisma codzienne doniosły, iż temi dniami pojawił się w Radziwiłłowie nad samą granicą galicyjską przypadek cholery azyatyckiej, zakończony śmiercią.

Od 1. Sierpnia zaczęły pojawiać się w Kociubińczykach (w powiecie husiatyńskim), Jezierzance (w pow. borszczowskim) i Turówce (w pow. skałackim), a zatem powiatach położonych nad samą granicą rosyjską przypadki podejrzane, niekiedy śmiercią zakończone; dokładne jednak badanie kliniczne i bakteryologiczne nie wykazały w nich cholery.

— W ostatniej wojnie chińsko-japońskiej mieli lekarze stanowić aż 4% ogółu zabitych i rannych. *Lyon médical* jest zdania, niewątpliwie słusznego, iż przyczyny tego dopatrywać się należy w dalekonośności najnowszej broni palnej a ztąd niedostatecznem bezpieczeństwie ambulansów polowych i stanowisk pierwszej pomocy.

— **Posada** lekarza wolontaryusza w poznańskim zakładzie dla położnych od 1. Września b. r. Znajomość języka polskiego konieczna. Remuneracya roczna od 1000 do 1500, średnio 1250 marek, nadto bezpłatne mieszkanie, opał i oświetlenie. Posada może być wypowiedziana na cztery tygodnie z góry i nie nadaje prawa do emerytury.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Brodach w Galicyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu. Pensya roczna 500 złr., 350 złr. ryczałtu na objazdy i obowiązek utrzymywania apteki domowej. Termin podania się do 31. Października 1895.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie w dniu 14. Sierpnia b. r. w 41. roku życia Dr. **Wacław Kapliński**, w Lublinie w 58. roku życia Dr. **Maurycy Ciechoński**, lekarz naczelny tamtejszego szpitala św. Józefa, w Soedertelge nad jeziorem maelarskiem, major wojska szwedzkiego, **Thure Brandt**, znany wynalazca metody miesienia organów miednicznych.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 33. L. E. Bregman: Przyczynek do rozpoznania syryngomyelii. K. Niedzielski: Przypadek urazowego zapalenia szpiku kostnego kości biodrowej. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 33. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę (ciąg dalszy). T. Pawłowicz: Przypadek zamknięcia światła kiszek przez kamień żółciowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Celem obsadzenia posady asystenta przy c. k. szkole położnych we Lwowie z roczna płacą 400 złr. w. a., rozpisuje się niniejszem konkurs.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi wszech nauk lekarskich na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być ponownie nadaną na dalsze dwa lata. Asystent c. k. szkoły położnych bezwarunkowo obowiązanym będzie mieszkać w pomieszkaniu przeznaczonem dla niego w Zakładzie. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego we Lwowie najdalej do końca Sierpnia 1895.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów, dnia 2. Sierpnia 1895. 141—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 31. Sierpnia 1895 r. Nr. 35.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 2.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 31.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: **prof. Dr. S. Domański.**

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 139, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O znachodzeniu się prątków błoniczych w opryszczkach wargowych (*herpes labialis*) w przebiegu błonicy.

Podał
Dr. Walenty Jeż,
I. elew tejże kliniki.

Liczne badania wykazały, że swoiste prątki błonicze Löfflera znajdują się nietylko w błonach błoniczych, ale także wykazać się dają w innych narządach chorych dotkniętych dyfteryą a nawet wyjątkowo napotkać je można u osób pozornie zdrowych, to jest nie okazujących żadnych objawów błonicy. I tak n. p. Frosch, Kutscher, Babes, Koliker, Paltauf znajdywali je w narządach wewnętrznych dzieci zmarłych na błonicę i to prawie zawsze w płucach, śledzionie, gruczołach limfatycznych, szyjnych i oskrzelowych, często dosyć w nerkach i w wątrobie. Fraenkel, Uhthoff, Brunner, Elsching napotykali je w błonach śluzowych spojówki i rogówki tak u osób okazujących zmiany błonicze, jakoteż i u zdrowych; Howerdowi udało się je wykryć na zastawkach sercowych w ostrem zapaleniu wsierdzia w następstwie błonicy powstałem. Booker i Nowak znaleźli je we krwi osób zmarłych na błonicę. Schnirer na VIII. kongresie internistów w Budapeszcie mówiąc o Löfflerowskim zarodku błonicy twierdził, że napotykał go nietylko w błonicy właściwej w gardle, ale także w uchu środkowem, na spojówkach gałki ocznej, na śródsierdziu, w ranach i ropniach, a nawet w niektórych przypadkach pozornie nieżytowego lub mieszkowego zapalenia gardła. Wreszcie ostatnimi czasy Trump badając chorych na błonicę gardła i ludzi nie okazujących żadnych zmian błoniczych, wykazał, że bakterye błonicze znajdywać się mogą tak u jednych, jakoteż i drugich. U dzieci chorych na błonicę gardła znajdywał je na błonach śluzowych szczególnie spojówek a w niektórych przypadkach na błonie śluzowej sromu, mimo że one na tychże miejscach żadnych zmian chorobowych nie wywołały. Słusznie też twierdzi on, że bakterye owe palcami małych pacyentów z jamy ustnej i gardła przeniesione zostały przez bezpośrednie zetknięcie na wspomnione błony śluzowe.

W ubiegłem półroczu letniem u jednej z chorych leczonych na ciężką błonicę gardła w klinice prof. Korczyńskiego pojawiły się opryszczki (*herpes*) na wardze. Prof. Korczyński polecił mi zbadać bakteryologicznie płyn tychże opryszczków. Ponieważ badanie to dało wynik dodatni a w dostępnej literaturze niema wzmianki o takiem usadowieniu się prątków błoniczych, przeto usprawiedliwione jest ogłoszenie niniejszego spostrzeżenia:

Chora M. B., lat 31 licząca zgłosiła się do kliniki w 4tym dniu choroby i okazywała typową błonicę gardła znacznego stopnia. Badanie bakteryologiczne błon znajdujących się na migdałkach, tego samego dnia przedsięwzięte, wykazało obok mnóstwa gronkowców, nadzwyczaj wyraźne i dość liczne bakterye błonicze, kształtem swym przypominające prątki gruźlicze, obok postaci gruszkowatych, pałeczkowatych, czasem ze zgrubieniami na obydwu końcach. Ze wspomnianych błon, przeszczepionych na agar glicerynowy otrzymano obok kolonii gronkowców, typowe kolonie bakteryj błoniczych, które badane po zabarwieniu za pomocą wodnowyskokowego błękitu przedstawiły również wyżej wspomniane postacie obok daleko widoczniejszych t. zw. postaci inwolucyjnych.

Piątego dnia choroby wstrzyknięto chorej 10 cm.³ surowicy przeciwbłoniczej Behringa Nr. II, poczem stan chorej tak miejscowy, jakoteż ogólny poprawił się znacznie.

Dziewiątego dnia choroby na twarzy i na wargach pojawiły się opryszczki (*herpes*), których treść poddano badaniu bakteryologicznemu. Skutkiem niewielkiej ilości płynu przeważnie surowiczego, zawartego we wspomnianych pęcherzykach nie można było myśleć o wydobyciu jego za pomocą strzykawki, dlatego też po obmyciu watą odtłuszczoną, zamoczoną w sublimacie (1 : 1000) a następnie po dokładnem obmyciu

wyskokiem i eterem, rozcięto wyżarzonym trójgrańcem pęcherzyki a płyn wzięty uszkiem platynowem przeszczepiono na agar glicerynowy, reszty zaś użyto do preparatów barwionych.

W preparatach barwionych znaleziono dużo gronkowców obok mniejszej ilości bakteryj błoniczych. Po dwu dniach hodowania w temperaturze 37° C. na zaszczepionym agarze glicerynowym pojawiły się kolonie dwojakie, które dokładniej badane przedstawiały się jako kolonie gronkowców i bakteryj błoniczych. Następnie odosobniono obydwa rodzaje otrzymanych bakteryj, przeszczepiwszy w dalszym ciągu tak na agar glicerynowy jakoteż na bulion, przyczem także zaszczepiono na bulion równocześnie tak kolonie gronkowców, jak i bakteryj błoniczych. Na agarze glicerynowym po 48 godzinach otrzymano typowy obraz bakteryj błoniczych pod postacią nalotu matowo-białawego, w bulionie zaś zmętnienie mierne a po kilku dniach owe typowe, grudki złożone z bakteryj błoniczych, przylegające dość szczelnie do ścian probówki.

Na agarze powleczonym kilkoma kroplami krwi, jak to radzi Frosch, bakterye błonicze rosną bardzo dobrze, i dadzą się również dobrze jak innymi sposobami barwić metodę Gramma, na co zresztą i Prof. Bujwid w swych pracach zwrócił uwagę.

Ponieważ bakterye błonicze znajdywane przez wyżej wymienionych autorów na różnych miejscach okazywały różny stopień jadowitości, ciekawą więc było rzeczą dowiedzieć się, jak pod tym względem zachowywać się będą bakterye błonicze otrzymane z płynu pęcherzyków opryszczkowych. W tym też celu wstrzyknięto najpierw pod skórę królikowi ważącemu koło 900 gr. 10 cm.³ kultury bulionowej mięszanej a więc takiej, gdzie obok bakteryj błoniczych znajdywały się gronkowce. Na drugi dzień w miejscu wstrzyknięcia znaleziono silne zaczerwienienie o podniesionej temperaturze a naokoło niego miejsce stwardniałe. Na trzeci dzień w miejscu zaczerwienienia powstał pęcherzyk, napełniony płynem surowiczym, naokoło zaś niego obszar na 2 cm. szeroki stwardniały, ropą naciekły. Z płynu surowiczego wspomnionego pęcherzyka otrzymano bakterye błonicze i gronkowce, z nacieku zaś ropnego czyste gronkowce.

Następne szczepienie czystych hodowli bakteryj błoniczych, otrzymanych z pęcherzyków wargowych owej chorej na błonicę gardła przekonały, że jadowitość ich jest dość znaczną; po wstrzyknięciu bowiem 10 cm.³ kultury bulionowej dwudniowej świnka morska padła po pięciu dniach, a przy sekcyi znaleziono zmiany, z jakimi spotykamy się u zwierząt padłych z błonicy, a mianowicie w miejscu zaszczepienia naciek, naokoło zaś niego obrzęk krwawy i naczynia krwią przepełnione, w worku opłucnowym wysięk surowiczy, w płucach obok obrzęku ogniska zagęszczonego miąższu płucnego, a w nerkach przekrwienie.

Zbierając wszystko, przychodzimy do wniosków, że

1) Jestto pierwszy przypadek, gdzie z płynu pęcherzyków naokoło warg *(herpes labialis)* powstałych w przebiegu błonicy gardła otrzymano typowe bakterye błonicze Löfflera.

2) Że wspomniane bakterye znajdować się mogą na różnych miejscach, jak w naszym przypadku w pęcherzykach około warg nie wywołując tamże zmian patologicznych błonicy właściwych.

3. Że *herpes labialis* stanowić może jedno z wielu miejsc, zkąd zarazek błoniczy może być przeniesiony i stać się źródłem zakażenia.

4. Że bakterye błonicze w płynie *herpes labialis* w błonicy powstałym się znajdujące, odznaczać się mogą dość wielką jadowitością.

II. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Nerw wzrokowy był zagłębiony; zagłębienie to bynajmniej nie przekraczało granic fizyologicznych. W siatkówce wszystkie warstwy, nie wyłączając warstwy nerwów wzrokowych (w części tylko) i komórek zwojowych; nawet pręciki i czopki zupełnie dobrze były zachowane. Natomiast naczynia krwionośne były bardzo przekrwione; w pobliżu samego rąbka zębatego dawały się napotykać dość grube naczynia, których rozgałęzienia znajdowały się nawet w miejscu, gdzie wcale już nie było innych warstw, prócz tylko warstwy wewnętrznej jąder. Nieco później zobaczymy, że rozgałęzienia te znajdowały się nawet w części rzęskowej siatkówki. Z braku zmian ważniejszych grubość siatkówki pozostała prawidłową; w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego wynosiła ona 0,19 mm, w okolicy równika 0,1 mm.

Po za rąbkiem zębatym, w siatkówce, prócz przekrwienia naczyń, żadnych innych zmian nie było; ku przodowi natomiast, w obrębie pasa kręgowego przeszło na 1,5 mm. szerokiego budowa była zupełnie odrębną. Bezpośrednio ku przodowi od zrosłego z naczyniówką rąbka zębatego rzęskowa część siatkówki stawała się znacznie grubszą, do 0,5 mm. Pierwociny przypominały tu raczej na przekroju młodą włóknistą tkankę łączną, która była ułożoną w pasemka płaskie, lecz dość szerokie, które, przechodząc w kierunku ukośnym od zewnętrznej powierzchni ku wewnętrznej i najrozmaiciej krzyżując się ze sobą, tworzyły przerwy, wypełnione przez masę drobnoziarnkowatą, skrzepłą ciecz białkową. W pasemkach, przy odosobnieniu pierwocin, znalazłem komórki wrzecionowate o bardzo długich wyrostkach i zawierające podługowate jądra, których kierunek odpowiadał najzupełniej kierunkowi pasemek; ku zewnątrz i ku wewnątrz miały one kierunek raczej poprzeczny, w środku zaś podłużny. Ku tyłowi komórki wrzecionowate łączyły się bezpośrednio z warstwą wewnętrzną jąder siatkówki. W pasemkach przed samym rąbkiem zębatym położonych często dawały się napotykać pętle naczyń włosowatych, nawet grubsze naczynia krwionośne, lecz o bardzo cienkich ściankach. Mieliśmy więc w tylnej części rzęskowej siatkówki, w obrębie zupełnie prawidłowego pasa kręgowego zmiany, przypominające torbielowate zwyrodnienie siatkówki, zwane pospolicie jej opuchliną. Ku wnętrzu pasemka łączyły się z powłoka ciała szklanego; na zewnątrz komórki barwikowe posiadały w tej okolicy wyrostki, zupełnie przypominające wyrostki, wciskające się pomiędzy pręciki a czopki. Nadto w pasemkach napotykałem często złogi barwikowe, które znajdowały się niekiedy nawet w pobliżu samej powłoki ciała szklanego. Zgrubiała ta część tworzyła ku przodowi stromą wydatność, która przypominała znaną ostrogę siatkówki, z tą wszakże różnicą, że najpierw była ona o wiele większa, następnie posunięta znacznie ku przodowi.

Dalej dopiero zaczynała się już właściwa część rzęskowa siatkówki, lecz i tu w pierwocinach jej zaszły pewne zmiany. Mianowicie walcowate komórki, zawierające zawsze pionowo ułożone jądra, na zewnątrz posiadały bardzo długie wyrostki, które zmieniały następnie kierunek pionowy na poziomy i przeplatając się ze sobą tworzyły nadzwyczaj drobną siateczkę, złożoną już z włókienek o kierunku podłużnym, na wewnętrznej powierzchni części rzęskowej. W obrębie samej siateczki jąder wcale już nie było. Topolanski (*Ueber den Bau der Zonula* etc. *Arch. für Ophthalm.* XXXVII Tom I) znalazł utwór podobny w prawidłowej części rzęskowej, tylko w danym przypadku był on o wiele więcej roz-

winięty. Dalej ku przodowi w części rzęskowej siatkówki żadnych już zmian nie było.

Ciało szklane było zupełnie jednolite i nie posiadało żadnych błon. Zanotować wypada, że komórek wcale prawie w niem nie było; nawet w okolicy wyrostków rzęskowych trudno je było odnaleźć. Powłoka ciała szklanego była prawidłową ku przodowi, znacznie nawet nie dochodząc wierzchołków wyrostków rzęskowych; wyraźnie była widoczną pomiędzy wyrostkami. Tylną torebkę pokrywała tylko w środku, gdyż w częściach obwodowych dzieliła je tęczówka.

Największą ciekawość obudzała z porządku rzeczy obwódka Zinna. Ku tyłowi włókna jej dawały się spostrzegać o 1·5 mm. ku przodowi od wspomnianego wyżej, kręgowego pierścienia zgrubiałego rzęskowej części siatkówki, w miejscu, gdzie wspomniana siateczka, z komórek części rzęskowej powstała, mało już była rozwiniętą. Początek więc jej włókien znajdował się mniej więcej o 2,5 mm. ku przodowi od rąbka zębatego siatkówki, co ze względu na znaczne bardzo wydłużenie przedniej połowy gałki, odpowiada mniej więcej granicy obwódki Zinna, wskazanej przez Topolanskiego (l. c.) Chcąc łatwiej znaleźć początek włókien obwódki i zarazem odróżnić je od części otaczających, w istocie najlepiej jest obrobić przekroje roczynem fuksyny (z dodatkiem kwasu); wtedy włókna jej przybierają barwę jaskrawo-czerwoną, włókienko zaś wspomnianej siateczki i powłoka ciała szklanego jasno fiołkową. Obwódka zatem występuje jako utwór zupełnie odrębny, z obu innymi nic wspólnego nie mający. Od początku włókien do wierzchołków wyrostków rzęskowych, na całej przestrzeni były one zupełnie prawidłowe i wyglądały zawsze jako grube, mocno załamujące światło włókna, o brzegach zupełnie równych i kierunku ściśle prostym. Faliste, cienkie, wężykowate utwory barwy jasno-fiołkowej, które częściej dawały się napotykać w pobliżu wierzchołków wyrostków rzęskowych, stanowiły przekroje powłoki ciała szklanego; włókna zaś obwódki nadzwyczaj rzadko dawały się napotykać i to tylko w bardzo nieznacznej przestrzeni na tylnej powierzchni tęczówki, gdzie końce ich bynajmniej nie były wężykowate, lecz zawsze okręcone parę razy dokoła osi. Zawsze prawie przednie końce włókien tych dosięgały tylko wierzchołka wyrostków i tu były wielokrotnie skręcone. Na torebce soczewki stanowczo nie mieliśmy ani śladu oderwanych włókien obwódki.

D r u g i p r z y p a d e k. Grzegorz N., 56 lat liczący, zgłosił się do mnie 15. Czerwca 1892 Zdrowem prawem okiem czyta 2 gi wiersz Snellena, Hm. 1·75 D., $V = {}^{20}/_{20}$; w lewem oku stracił wzrok zupełnie przed 20 laty. Okazuje notatkę, którą otrzymał w swoim czasie od zmarłego prof. Iwanowa, *subluxatio lentis spontanea* $V = {}^{5}/_{200}$. Poprzednio wzrok w tem oku miał być dobry, chociaż znacznie gorszy niż w prawem; kiedy i jak go stracił, wytłómaczyć nie może. Na dwa dni przed zasięgnięciem rady u Iwanowa wpadł mu podczas podróży koleją do prawego oka kawał węgla; wtedy dopiero przekonał się, że lewem okiem zupełnie prawie nie widzi. Od r. 1874. do 15. Maja 1892. oko nigdy nie bolało, jakkolwiek wzrok coraz bardziej się pogarszał tak dalece, że we 4 lata później w lewem oku nie pozostawało już wrażenie światła. 15. Maja 1892. uczuł w nocy nadzwyczaj silny ból w całej lewej połowie głowy, do rana 3 razy wymiotował. Następnie ból ustąpił, lecz w końcu Maja zaczęły się bóle częściej powtarzać, chociaż nie były tak ostre. Zaognienie gałki nie ustępowało już nigdy później, od 10. Czerwca zatem w ciągu całych 5 dób bóle ani na chwilę nie ustępowały. Badanie wykazało: szczelina powiek zwężona, powieki obrzękłe, obfity łzotok, spojówka gałki silnie przekrwiona i obrzmiała, na rogówce obok brzegu jej dokoła unaczynienie, powierzchnia jej nierówna, jakby pokłóta igłą; wprawdzie była ona o tyle przeźroczystą, że swobodnie dostrzedz można było, że soczewka znajdowała się w komorze przedniej a nawet że w dolnej połowie brzeg jej znajdował się na dnie komory, w górze zaś dawało się dostrzedz pasemko tęczówki przeszło na 3 mm. szerokie. O ile soczewka była zaćmiona, trudno było jednak orzec. Wrażenia światła wcale nie było, gałka była twardą jak kamień, nazajutrz też wyłuszczyłem ją.

Po 2-letniem przechowaniu w płynie Mullera, rozciąłem gałkę w kierunku pionowym. Oś oka miała długości 25 mm., szerokość w kierunku równika 26 mm. Rowek pomiędzy rogówką a białkówką znacznie wyrównany, jednakże dość widoczny. Soczewka ma kierunek ukośny; ku górze równik jej przytyka do tylnej powierzchni tęczówki, której szerokość wynosi 4 mm.; ku dołowi równik, zdaje się, że przytyka bezpośrednio do tylnej powierzchni rogówki, jednakże o milimetr wyżej od jej brzegu dolnego. W ten sposób oś soczewki tworzy z podstawą rogówki kąt, wynoszący przeszło 20°. Tęczówka ku dołowi jest odwrócona poza soczewkę, szerokości ma niespełna 2 mm., z wyrostkami rzęskowymi tworzy kąt prawie prosty, otwarty ku tyłowi i ku górze. W górnej części gałki naczyniówka i siatkówka znajdują się w zupełnie prawidłowym stosunku do białkówki, w dolnej zaś połowie gałki siatkówka jest oderwaną od naczyniówki. Ku tyłowi początek oderwania znajduje się o 2 mm. od tarczy nerwu wzrokowego; powstały wałek dosięga następnie prawie wysokości wielkiego południka poziomego, znowu opuszcza się ku dołowi w przedniej połowie gałki i dochodzi do samego rąbka zębatego siatkówki.

Białkówka, rogówka, naczyniówka i nieoderwana część siatkówki są znacznie zgrubiałe, komora przednia jest obszerna, soczewka zaś ma szerokości 8 mm., grubości niespełna 4 mm., zatem wypełnia ona ledwo większą tylko połowę komory przedniej, gdyż najpierw pozostaje górny pas komory na 4 mm. szeroki, dalej, ze względu na wspomniane już ukośne położenie soczewki, pomiędzy nią a tylną powierzchnią rogówki była przerwa, która ku górze stawała się coraz szerszą, nadto nawet pomiędzy dolnym brzegiem soczewki a dnem komory przedniej pozostawało pasemko milimetr szerokości mające. Przerwy te jednak wypełniała ciecz skrzepła w niczem nie różniąca się od tej, która wypełniała próżnię po oderwaniu siatkówki powstałą. Jedną połowę gałki dałem do celloidyny.

Przy badaniu drobnowidzowem znalazłem następujące zmiany. Podstawa rogówki wynosiła prawie 14 mm., prócz tego była ona znacznie grubszą, w środku grubość wynosiła 1·1 mm., ku obwodowi 1·3 mm. Część spojówki, wycięta przy wyłuszczeniu gałki, również była bardzo grubą, przeszło 0·5 mm.; naczynia jej były bardzo rozszerzone i wypełnione krwią, w pobliżu naczyń obfity naciek drobnokomórkowy. Przybłonek rogówki był prawidłowy; błona Bowmana zupełnie dobrze zachowana. Blaszki rogówki były połączone ze sobą o wiele luźniej. Przy odpowiedniem barwieniu wyraźnie odróżnić można było jądra płaskich komórek, wyścielających przestwory sokowe od jąder komórek wędrujących. Pierwsze zawsze miały kształt owalny, zabarwiały się słabiej; dłuższa oś owalu była równoległą z blaszkami. Przeciwnie jądra komórek wędrujących były znacznie mniejsze a kształt miały okrągły, czasami kształt podkowy; bardzo też często miały komórki po dwa jądra i więcej. Komórek wędrujących było bardzo wiele, na przecięciach napotykano je ledwo nie w połowie przestworów sokowych, w których tworzyły niekiedy jakby grupy paciorków. Najmniej komórek wędrujących zawierała powierzchnia warstwy rogówki, znacznie więcej środkowe, najwięcej zaś warstwy w pobliżu błony Descemeta. Tu i w wielu miejscach zbiorowiska komórek okrągłych były bardzo znaczne; obszary przez nie zajmowane bynajmniej nie odpowiadały jednemu tylko przestworowi sokowemu. Najprawdopodobniej powstanie swoje zbiorowiska zawdzięczały wystąpieniu komórek z naczyń krwionośnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych, wolnych u dzieci.

Rzecz miana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 18. Lipca 1895. r.

Przez

Doc. chir. Dra **Aleksandra Bossowskiego**.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Pomyślny przebieg gojenia się rany przepuklinowej w przypadkach przytoczonych przeze mnie i operowanych metodą Bassiniego świadczy też zgodnie z doniesieniami innych chirurgów, którzy użyli bądź tej samej metody operacyjnej, albo metody Mac Ewena, bądź też, jak Kocher i Küster operowali własnymi sposobami, że obawy Karewskiego przed zaburzeniem krążenia w mało opornych tkankach dzieci skutkiem zbytniego ich napięcia szwem były płonne; on sam zresztą w kilku z dalszych 15 przypadków, ogłoszonych z końcem ubiegłego roku posługiwał się nierównie więcej energiczną i dla tkanek wrogą metodą Kochera, bez żadnych szkodliwych następstw dla najpomyślniejszego gojenia się rany operacyjnej. Uwzględniając równocześnie, że przy zastósowaniu rozmaitych metod operacyi radykalnej osiągnięto stale dobry wynik ostateczny, trzeba przyznać, że wybór metody radykalnej u dzieci wobec znanej i dowiedzionej dążności tkanek do zrastania się w wieku dziecięcym jest więcej rzeczą upodobania operatora, który jednak, zdaniem mojem, powinien zachodzące podczas

L.	Imię i nazwisko	Wiek	Rodzaj i wielkość przepukliny	Treść	Metoda operacyi i dzień	Wynik	Czas gojenia się rany	Uwaga
1.	Lepold Aftergut z piastunką	2 l.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości głowy dziecka dwuletniego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 21. Czerwca 1893.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	Z powodu nader silnych zrostów z jądrem dodano wytrzebienie jądra prawego (*castratio*).
2.	Julian Mleko	$6^1/_2$ l.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 1. Sierpnia 1894.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.
3.	Józef Gniadek	3 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera congen.* wielkości jaja strusiego.	Jelito cienkie	Bassini dn. 11. Listopada 1894.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	—
4.	Ludwik Matuszkiewicz z matką	1 r.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 15. Stycznia 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
5.	Wawrzyniec Blak	5 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 20. Marca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
6.	Ignacy Dziurdzia	$1^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. sinistra libera*, wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini *modif.* Postempski. dn. 9. Maja 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
7.	Marcin Ziemba z matką	$2^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. dextra congen. libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 10. Maja. 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna prawego w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.
8.	Stanisław Jaglarz	6 l.	*Hernia scrotal. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Kramer. dn. 6. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
9.	Michał Michniak	5 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Kramer. dn. 10. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	—
10.	Albin Kotarba	$2^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito ślepe z wyrostkiem robaczkow.	Bassini. dn. 16. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna prawego w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.

operacyi stosunki rozważyć i wówczas dopiero im odpowiednią obrać metodę radykalną.

Sumując z pośród wyliczonych zabiegów radykalnych jedynie przypadki u dzieci do 5 lat życia liczących Bassiniego w liczbie 15, Karewskiego 24, Broki 76, Thocasa 2, Szumana 5, Bayera 12 i z przytoczonych przezemnie 10 tylko 8, otrzymujemy łączną cyfrę 142 operacyj radykalnych przepuklin pachwinowych z procentem śmiertelności 0 i nawrotem przepukliny w 2 przypadkach (1 Bassiniego, 1 Broki), co stanowi procent 1·4% nawrotów. Przyjąwszy nawet, że poszczególni, nie wymienieni tu operatorowie mieli gorsze rezultaty, lub że z wyliczonych tu 142 przypadków ulegnie jeszcze kilka nawrotom, zaprzeczyć nie można, że operacya radykalna przepuklin pachwinowych u dzieci o wiele lepsze daje wyniki, zarówno pod względem śmiertelności, przebiegu gojenia się rany pooperacyjnej, jakoteż celu zamierzonego przez zabieg operacyjny, jeśli zrobimy porównanie z najlepszemi statystykami tychże samych operacyj u dorosłych. Statystyka Bassiniego wykazuje na 25 operacyj radykalnych 7 recydyw, statystyka Nicoladoniego na 100 operowanych 1 przypadek śmierci, statystyka Kochera z dawniejszą metodą jego 6·45% recydyw a 16·5% ropienia przyrannego; najświeższa od Lipca 1893 r. zebrana po zmianie metody operacyjnej wprawdzie żadnej recydywy, lecz 6·8% ropienia. Wyniki przeto operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych u dzieci są tak zachęcające, że domagają się bezwzględnie reformy w obowiązującym do niedawna szablonie postępowania leczniczego, którego zadaniem wyłacznem było ujarzmienie przepukliny u dzieci pod paskiem i zdanie zresztą jej losów na rzecz dobroczynnych sił leczniczych samej natury. Bezsprzecznie pewna część przepuklin u dzieci, czy to wrodzonych, czy też wkrótce po urodzeniu nabytych ustępuje sama przez się w miarę postępu rozwoju ciała lub przy pomocy paska przepuklinowego, z drugiej strony nie ulega też żadnej wątpliwości, że w razach, gdzie istnieją wrodzone niedokształcenia kanału pachwinowego, gdzie zachodzi brak albo wadliwa budowa kolumn lub nadmierne rozszerzenie pierścienia pachwinowego, tam przez leczenie konserwatywne doszczętnego usunięcia przepukliny doczekać się niepodobna. Pouczające w tej mierze są cyfry podane przez Brokę, który wykazał, że u 69 na 232 dzieci pasek przepuklinowy okazał się zupełnie bezskutecznym, mimo że dzieci nosiły go częstokroć w dzień i w nocy przez 4, 5, 6, 7, 8 a nawet 9 lat. Pomijając okoliczność, że tak długotrwałe leczenie konserwatywne natrafia w klasie ludzi biednych na niemałe trudności w konsekwentnem przeprowadzeniu, że wymaga szczególnej pieczy i kontroli z jednej, regularnego i statecznego działania *bracherium* z drugiej strony, z którem żywość właściwa wiekowi dziecięcemu nie idzie zupełnie w parze, dowiedzionym jest faktem, iż wyleczenia tak żmudnie wreszcie osiągniętego nigdy za całkiem pewne i trwałe uważać nie można, gdyż po latach pozornego wyleczenia nierzadko przepuklina znowuż powraca. Częściej zdarza się jednak, że mimo długotrwałego noszenia *bracherium*, przepuklina nie ustępuje, lecz przeciwnie powiększa się i uchyla nareszcie sama od leczenia konserwatywnego, czy to z powodu swej wielkości, której już dalej pasek sprostać nie może, czy też z powodu zrostów, które odprowadzeniu jej stają w drodze. W rachubę wziąć trzeba jeszcze jedno niebezpieczeństwo, ciążące stale nad przewlekłem leczeniem konserwatywnem, t. j. możliwość uwięźnienia przepukliny u dzieci. Wprawdzie pedyatrzy, jak Henoch i Vogel utrzymują, że uwięźnienie przepukliny u dzieci należy do rzadkości, to jednak, jak z obliczenia Broki wypływa, na 56 przepuklin wolnych u chłopców do 3. roku życia przypadło 6 uwięźnień zakończonych herniotomia. Karewski na zebranych przez się 65 operacyj wolnych przepuklin przytacza 7 uwięzłych i operowanych. Stern wyrachował, że na 108 herniotomij u dorosłych z powodu uwięźnienia przepukliny przypada 1 u dzieci, gdy Wimmer przeciwstawia 1 przypadek uwięźnienia u dzieci liczbie 62 uwięźnień u dorosłych. Lubo stosunek ten nie można nazwać zastraszającym, w każdym razie cyfry powyższe świadczą, że uwięzłe przepukliny u dzieci nie są wcale zjawiskami odosobnionemi.

Wszystkie wyżej wymienione powody zniewalają jednak, aby czas poświęcany dotąd leczeniu konserwatywnemu przepuklin pachwinowych u dzieci do lat 5 liczących, skrócić znacznie i w razie, gdy leczenie to nie wykazuje skutku pomyślnego, przystąpić do krwawego zabiegu radykalnego. König w podręczniku chirurgicznym pisze, że w okolicznościach pomyślnych przepuklina wrodzona, albo rychło po urodzeniu nabyta znika w przeciągu 1—2 lat przy użyciu *bracherium*. Na ten sam przeciąg czasu zaleca Broca u niemowląt zastosowanie paska przepuklinowego, jako środka wyłącznie paliatywnego.

A zatem ofiara tego czasu niechaj starczy za daninę złożoną na rzecz poglądów do dziś dnia jeszcze szerzonych pod hasłem oględnego wyczekiwania. Ten okres konserwatywny jednak winien uledz jeszcze dalszemu skróceniu, w razie gdy przepuklina pomimo użycia *bracherium* stale i znacznie się powiększa, gdy odprowadzona bez trudności, równie łatwo z pod paska wypada, jeśli skutkiem zrostów odprowadzenie jej staje się niemożliwe, albo dla innych przyczyn, jak wyprysku, objawów ucisku, bólów, użycie paska przepuklinowego z leczenia odpada.

U dzieci po upływie 5 roku życia w miarę tego, jak i procent samoistnego wyleczenia się przepukliny maleje, trud obrócony na leczenie konserwatywne rzadko tylko uwieńczy skutek zupełny; to też czas próby leczenia konserwatywnego u dzieci w tym wieku ograniczony być winien do kilku miesięcy, natomiast zaś zachodzi tu potrzeba większej ścisłości w obserwacyi przepukliny, troskliwszej pieczy i czuwania nad należytem działaniem *bracherium*, aby na darmo nie przewlekać bezowocnego częstokroć postępowania.

Przeświadczenie ugruntowane na skuteczności i bezpieczeństwie leczenia operacyjnego winno przewodzić myśli w leczeniu racyonalnem przepuklin u dzieci, gdyż doświadczenie wskazuje, że najlepsze i najtrwalsze wyniki przez krwawe zabiegi radykalne osiąga właśnie wiek dziecięcy, gdzie dążność kanału pachwinowego do zamknięcia się jest najżywszą i z chwilą usunięcia przeszkody rozpychającej kanał następuje samoistne spajanie się mięśni.

Sprawa radykalnego usuwania przepuklin u dzieci, to kwestya aktualna, bo z nią wiążą się równocześnie względy socyalne, o przyszłości dziecka wyrokujące, dla którego inaczej wybór niektórych zawodów w życiu staje się nieprzystępny a tem samem i przyszła egzystencya zwichnięta. To też wobec dzisiejszego stanu nauki i doświadczenia chirur-

gicznego na tym punkcie śmiało żądać można, aby na wszystkich lekarzach praktycznych ciążył obowiązek przekazywania każdego przypadku przepukliny, który opiera się postępowaniu konserwatywnemu, chirurgowi zawodowemu do wyleczenia go na drodze operacyjnej.

IV.

Kilka uwag nad pracą Dra W. Reissa: O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

(patrz *Przegląd lekarski* Nr. 26., 27. i 28. z r. b.).

Skreślił

Dr. T. Mayzel w Przemyślu.

Czytając pierwszą część pracy Dra W. Reissa, zaciekawiony pięknym jej tytułem, spodziewałem się, że istotnie dowiem się nowych szczegółów, mogących, jak sam autor przy końcu powiada, podać klinikowi pewne wskazania lecznicze w ostrym tryprze. Pierwsza połowa artykułu, gdzie autor zestawia w krótkości historyę kultur gonokoków, przedstawiała mi się rzeczywiście jako pięknie opracowany wstęp, zapowiadający równie interesujący ciąg dalszy. Niestety doznałem ja przynajmniej rozczarowania; że zaś autor odwołuje się przy końcu do kliników, którzy mają na ludziach sprawdzać wnioski, jakie on wysnuwa ze swych doświadczeń, czuję się poniekąd w obowiązku odpowiedzieć na to.

Że w ostrym tryprze zmiana rodzaju i zgęszczenia środków leczniczych wpływa korzystnie lub niekorzystnie na przebieg kliniczny choroby, o tem wiedziano już oddawna; że błona śluzowa cewki moczowej, dotkniętej ostrem zapaleniem swoistem przyzwyczaja się powoli po pewnym czasie do środka ściągającego, czy przeciwgnilnego, również nie było tajemnicą.

Dwa te szczegóły, które jako nowe wyszły z pod pióra autora, używającego do swych doświadczeń pożywek sztucznych, właściwie nic nowego nam nie przynoszą, jakkolwiek faktycznie dla badającego stanowią pewną zdobycz naukową, boć ostatecznie z każdego eksperymentu coś wywnioskować się daje, w istocie zaś nie mają tej doniosłości ani znaczenia, które im autor przypisuje. Dodać jeszcze muszę, że zastanawiając się nad końcowym ustępem, nie mogę się dopatrzyć żadnego punktu, na którym możnaby się oprzeć w doświadczeniach przez autora klinikom proponowanych; mam przynajmniej tę nadzieję, że może sam autor postara się z czasem o wyjaśnienie nam związku przyczynowego powyższych badań. Dziś tylko byłoby, zdaniem mojem, bardzo pożądanem, ażeby tej, tak olbrzymiej literatury trypra nie obciążać rzeczami nie przedstawiającemi dla nas wartości ani teoretycznej ani praktycznej. Krytykę powyższą, otwarcie wypowiedzianą, zechce mi Szanowny autor wybaczyć; obowiązkiem moim jest wypowiedzieć wprost zapatrywania; czy słuszne, przyszłość może okaże. A teraz wracam do szczegółów, dotykając ich o tyle tylko, aby usprawiedliwić powyższą krytykę.

Już na wstępie oświadcza autor, że hodowle czyste gonokoków na pożywkach prawidłowych żyją bardzo krótko, że już po 20 godzinach rozpoczyna się degeneracya a po trzech dniach hodowle giną, a tylko przeszczepiane rosną dalej prawidłowo pokoleniami, zachowując się podobnie jak kolonia macierzysta. Już ten szczegół wskazuje, że podłoże żywe dla gonokoków, jakiem jest błona śluzowa cewki ludzkiej, przedstawiać musi pożywkę zupełnie odmienną, gdyż gonokoki żyją tu i rozwijają się przeciwnie, jak w hodowli sztucznej, przez czas względnie długi; mojem zdaniem okoliczność ta wystarczała, aby doświadczeń w tym względzie i celu, jak to autor uczynił, zaniechać a przynajmniej ich nie ogłaszać.

Tymczasem czytamy w Nrze 27. na str. 410: „Czy z oddziaływania rozmaitych ciał chemicznych wprost na czyste hodowle można wysnuć pewne wnioski, tyczące się analogicznych spraw w tkankach ustrojowych, trudno powiedzieć, jednak po dokładnem rozpatrzeniu odmiennych stosunków w ustroju zwierzęcym z jednej, a na pożywkach sztucznych z drugiej strony, można uważać podobne doświadczenia ze względu na wskazania terapeutyczne nie za bezcelowe“.

Już z tych słów widać, że autor nie wiedząc, jak umotywować cel swoich doświadczeń i jak je wprowadzić w związek przyczynowy z badaniami na ludziach, zostawia to nam, abyśmy rozplątali ten węzeł gordyjski.

A dalej powiada autor: „zadaniem głównem naszej pracy było oznaczyć wpływ szkodliwy rozmaitych ciał chemicznych na rozwój samych hodowli na jednej i tej samej pożywce“.

I na pierwszym planie pojawia się co? sinek potasu, dalej jak *deus ex machina* dwa przypadki trypra, leczone u ludzi wstrzykiwaniami roztworu sinku potasu, których musiano zaprzestać z powodu silnego zapalenia błony śluzowej cewki (jak to sam miałem sposobność spostrzegać), a wreszcie, co najciekawsze, owa analogia, jaką autor widzi w działaniu sinku potasu na hodowle sztuczne gonokoków i na błonę śluzową cewki ludzkiej, gdy z całym szeregiem znanych środków, powszechnie stosowanych załatwia się w kilku słowach, zostawiając sprawdzanie szczegółów swych doświadczeń klinikom.

A i te szczegóły mogą zadowolnić ciekawego badacza, nie mają jednak ani dla patologii ani dla terapii trypra znaczenia i nie mogą nikogo zachęcić do dalszych badań na tem polu.

Non quantum, sed quale.

V. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Różnicę wyników otrzymanych przez rozmaitych autorów w tej ciekawej kwestyi, można sobie wytłómaczyć, jeśli uwzględnimy, że w powstawaniu zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego najważniejszemi czynnikami są: 1) jadowitość danych bakteryj, 2) ilość wprowadzonych do jamy brzusznej drobnoustrojów, 3) siła resorpcyjna otrzewny. Stosownie do tego, w jakim stosunku dwa pierwsze czynniki w danem doświadczeniu będą się miały do trzeciego, zwierzęta albo znoszą wprowadzenie bakteryj chorobotwórczych do jamy brzusznej bez szkody dla organizmu, albo podlegają zachorzeniu

przejściowem, albo też wreszcie padają na zakażenie ogólne.

Ażeby mogły powstać zmiany miejscowe w otrzewnej, trzeba na to przedewszystkiem czasu. W doświadczeniach, mających na celu wyświetlenie danej kwestyi a mających naśladować stósunki naturalne, mogło było więc powstać zapalenie otrzewny tylko w pewnych okolicznościach, to jest gdy jadowitość danych hodowli lub ilość wprowadzonych bakteryj nie była tak wielką, że zwierzęta padały wskutek zatrucia, zanim zdołały się wytworzyć zmiany miejscowe, oraz gdy ilość ich była większa, aniżeli ta, którą otrzewna była w stanie wchłonąć a organizm unieszkodliwić i wydalić. Należy jednak uprzytomnić sobie następującą okoliczność: czy to w naturze, czy w doświadczeniu laboratoryjnem, jeśli do jamy brzusznej dostaną się bakterye, zwłaszcza w większej ilości, lub też gdy bakterye, które choćby nawet zrazu dostały się tam w niewielkiej ilości, pozostają jakiś czas w jamie brzusznej, otrzewna nie ma do czynienia z samymi tylko żyjącymi drobnoustrojami, lecz także z ich wytworami, ciałami chemicznemi, odgrywającemi tu poważną rolę. Wprowadzając sztucznie do jamy brzusznej czyste hodowle bakteryjne, wprowadzamy jednocześnie ciała te, których od żyjących bakteryj prawie nie jesteśmy w stanie oddzielić, z powodu ciągłego ich wytwarzania się. Jeśli zaś wprowadzamy ze względu na te ciała niewielką wprawdzie ilość bakteryj, zawieszonych w wielkich ilościach płynu, stwarzamy stósunki, w których bakterye zostają wchłaniane powoli a więc danym jest im czas na mnożenie się, oraz wytwarzanie tych produktów w jamie brzusznej. Jednem słowem, nie posiadamy sposobu, za pomocą którego moglibyśmy choćby na czas krótki oddzielić produkty bakteryjne od ciał drobnoustrojów, gdyż nawet po ewentualnem usunięciu (filtry gliniane, przemywanie) pierwszych, te ostatnie w krótkim czasie zanieczyszczone zostają własnymi wytworami.

Ponieważ w doświadczeniach nad patogenezą zapalenia otrzewny mają być naśladowane stósunki naturalne a w naturze związek pomiędzy bakteryami a ich produktami jest bardzo ścisły, nie potrzebujemy przemyśliwać nad oddzielaniem jednych od drugich; winniśmy jednak dokładnie zdawać sobie sprawę z tego, że po wprowadzeniu bakteryj do jamy brzusznej mamy do czynienia nietylko z żyjącymi ustrojami, lecz i z ciałami chemicznemi.

Nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie chorobotwórczego działania żyjącego drobnoustroja na żyjącą komórkę inaczej, jak tylko jako działanie w ostatniej instancyi chemiczne. (Oczywiście działanie takie może nastąpić i odwrotnie, to jest komórka wyższego ustroju może także oddziaływać chemicznie na daną bakteryę, n. p. podniesienie się lub zmniejszenie jadowitości bakteryj po przejściu przez organizm zwierzęcy musi polegać na takiem działaniu). Większa lub mniejsza jadowitość danej bakteryi chorobotwórczej polega na wytwarzaniu takich lub owakich produktów; zależy więc ona od stanu fizyologicznego lub patologicznego danej bakteryi, jest jednak własnością, występującą dopiero za działaniem chemicznem produktów bakteryjnych na komórki ustroju wyższego.

Uprzytomnijmy sobie, czy i jakie zmiany miejscowe błony otrzewny wywołano przez wprowadzenie do jamy brzusznej produktów bakteryjnych: Grawitz[174]) wywoływał zapalenie otrzewny produktami bakteryi *acnes contagiosae* konia; Pawlowsky[175]) krwotoczne zapalenie otrzewny produktami bakteryj ropnych, Nowack i Brautigam[176]) dobrotliwe, zlepne zapalenie otrzewny przez wprowadzanie do jamy brzusznej filtrowanego kału oraz gazów jelitowych. Silberschmidtowi[177]) nie udawało się wywołać zapalenia otrzewny przez wprowadzanie produktów rozmaitych gatunków bakteryj, A. Fraenkel[178]) również nie wywoływał tego cierpienia sterylizowanemi hodowlami *bacterii coli communis*.

Wyniki te są sprzeczne a pochodzi to znów ztąd, że zależą one od jakości danych produktów, ich ilości oraz siły resorpcyjnej otrzewny. Skoro jednak kilku autorom udało się produktami bakteryj, zostających w związku etyologicznym z zapaleniem otrzewny, wywołać zmiany patologiczne tej błony; skoro nie ulega wątpliwości, że w pewnych stósunkach, n. p. operując nader jadowitymi bakteryami, przy słabej resorpcyi otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej samych bakteryj chorobotwórczych, a więc działając również przez ich produkty, wywoływano zmiany błony otrzewny, musimy dojść do wniosku, że produkty te nie są obojętne dla otrzewny.

Kwestya ta, stanowczo jedna z najważniejszych w patogenezie zapalenia otrzewny jest jeszcze niestety za mało obrobioną, byśmy mogli orzekać z pewnością, jakiemi są zmiany otrzewny, wywołane przez miejscowe działanie produktów chorobotwórczych bakteryj. Z doświadczeń Grawitza oraz Pawlowskyego wynika, że w pewnych stósunkach zmiany te mogą się przedstawiać w postaci typowego zapalenia, z doświadczeń zaś innych autorów wypada, że conajmniej nie zawsze występują zmiany zapalne. Opierając się na okolicznościach powyżej przytoczonych, musimy jednak dojść do przekonania, że w każdym razie jakieś zmiany komórek śródbłonkowych muszą być wywołane przez produkty bakteryjne, skoro następowe wprowadzenie do jamy brzusznej żyjących bakteryj chorobotwórczych w takiej ilości, którą w innych stósunkach organizm pokonywa, wywołuje po poprzedniem zadziałaniu produktów bakteryjnych na otrzewnę zapalenie tej błony. Nie posiadamy dotychczas danych, na zasadzie których dałyby się bliżej określić te zmiany w komórkach śródbłonkowych. Nie przesądzając, czy przez badanie histologiczne możnaby tę kwestyę rozstrzygnąć, powinniśmy nie zapominać o tem, że zwłaszcza po zadziałaniu ciał chemicznych na tkanki, komórki, nie przedstawiające zmian patologicznych, mogą zostać upośledzone w swych czynnościach fizyologicznych, że niektóre zmiany patologiczne, występujące w komórkach, mogą być tak nieznaczne, że za pomocą dotychczasowych metod nie jesteśmy w stanie ich wykryć i wreszcie, że anatomia normalna i patologiczna komórki są dziedzinami, w których wiadomości nasze są jeszcze nader szczupłe.

W patogenezie zapalenia otrzewny odgrywają produkty bakteryjne podwójną rolę: raz przez działanie miejscowe, które musimy przyjąć, powtóre zaś przez działanie ogólne na ustrój. Co do tego drugiego punktu, wiadomości nasze są cokolwiek dokładniejsze, niż co do punktu pierwszego. Arloing[179]) wykazał, że rozpuszczalne produkty gronowca ropnego złocistego, wchłonięte przez organizm, zwiększają odruchową pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych.

Arnaud i Charrin[180]) otrzymali trzy grupy produktów *bacilli pyocyanei*:

1) produkty lotne zwężające naczynia chwilowo wskutek porażenia ośrodka rozszerzającego naczynia;

2) produkty rozpuszczalne w wyskoku wywołujące u królika drgawki;

3) produkty nierozpuszczalne w wyskoku wywołujące biegunkę, białkomocz i krwotoki.

Massard i Bordet[181]) stwierdzili, że pod wpływem rozpuszczalnych produktów *bacilli pyocyanei* rozszerzają się naczynia.

[174]) Grawitz: l. c.
[175]) Pawlowsky: l. c.
[176]) Nowack und Brautigam: l. c.
[177]) Silberschmidt: l. c.
[178]) A. Fraenkel: l. c.

[179]) Arloing: De l'influence des produits des cultures du staphylocoque doré sur le système nerveux et sur la formation du pus. Académie des Sciences 7. Sept. 1891. Ref. w Le Progr. med. 1895. Nr. 38., pag. 210—211.

[180]) Arnaud et Charrin: Recherches chimiques et physiologiques sur les sécrétions microbiennes. Transformation et élimination de la matière organique par le bacille pyocyanique. Acad. des Sciences 19. Mai 1891. Ref. w Le Progr. méd. 1891. Nr. 22., pag. 445.

[181]) Massard et Bordet: Note sur les produits microbiens sur les vasomoteurs. Soc. de biologie. 21 oct. 1881. Ref. w Le Progr. méd. 1891. Nr. 43. pag. 295.

Charrin i Gley[182]) znaleźli również, że pewne produkty *bacilli pyocyanei* sprowadzają porażenie ośrodka naczynioruchowego. Przy sekcyi zwierząt, padłych skutkiem zatrucia tymi produktami, znajdowali autorzy stale rozszerzenie komór sercowych.

Bouchard[183]) znalazł, że laseczniki gruźlicy, gronowiec ropny złocisty, oraz *bacillus pyocyaneus* produkują substancye, pobudzające ośrodek rozszerzający naczynia.

Według Massarda i Bordeta[184]) pewne produkty bakteryjne wywołują skutkiem właściwych sobie własności chemotaktycznych dyapedezę ciałek białych, oraz zbliżanie się tych ciałek do bakteryj, po którem następuje fagocytoza.

Bouchard[184]) znalazł dwa produkty bakteryjne, z których jeden nazwał anektazyna, drugi zaś ektazyną. Anektazyna poraża ośrodek rozszerzający naczynia i przeszkadza powstawaniu dyapedezy oraz przesiąkania, ektazyna zaś pobudza ośrodek rozszerzający naczynia; ta ostatnia substancya, zawarta między innemi i w tuberkulinie Kocha, wchłonięta przez organizm, sprowadza przesięki surowicze, oraz dyapedezę leukocytów.

Malvoz[185]) strącał hodowle *bacterii coli communis* roztworem siarkanu amonowego a po przemyciu, dyalizowaniu, oraz dodaniu gliceryny w stosunku 5 cm.³ na 10 cm.³ płynu wstrzykiwał ten wyciąg w ilości 1 cm.³ podskórnie szczurom, królikom i świnkom morskim, oraz do żyły królikom. Po dokonaniu tego zabiegu występowały u zwierząt drgawki kloniczne, przyspieszone oddechanie, oraz nadczułość. Objawy te przechodziły po upływie godziny.

Gilbert[186]), który poddał ścisłemu badaniu produkty *bacterii coli communis*, dochodzi do wniosku, że jadowitość rozpuszczalnych produktów tego gatunku jest również zmienną, jak i samych bakteryj; produkty te posiadają jednak zawsze pewien stopień jadowitości nawet wówczas, gdy są wytworzone przez bakterye, pochodzące z kału osobnika prawidłowego.

Na to twierdzenie zgadza się w zupełności i Roger. Po wstrzyknięciu do żyły królika owych rozpuszczalnych produktów *bacterii coli communis* pojawiały się następujące przypady nerwowe: porażenia, rozszerzenie źrenicy, *exophthalmus*, drganie włókienkowe, upośledzenie czucia skórnego i zmysłowego, śpiączka. Po zastosowaniu większych dawek występowały drgawki, *nystagmus*, odruchowa przeczulica skóry i innych narządów zmysłów. Wreszcie po zastosowaniu jeszcze większych dawek występowało zwężenie źrenicy i skurcze tężcowe, zakończone śmiercią zwierzęcia. Po zastosowaniu dawki, która z objawów nerwowych wywołuje tylko porażenia, zwierzęta powoli przychodzą do siebie, przechodzą jednak przedtem biegunkę, ilość ich moczu wzrasta a ciepłota ciała obniża się.

(Podobne objawy występują po wstrzyknięciu do żyły żyjących hodowli *bacterii coli communis*).

Roger[187]) wstrzykiwał rozpuszczalne produkty *bacterii coli communis* (1 część płynu z hodowli rozcieńczał 5 częściami wody) do jamy brzusznej żab. Płyn ten w dawce 0·75 cm.³ sprowadzał parezę, trwającą kilka godzin. W większych dawkach wywoływał dany płyn drgawki, podwyższenie wrażliwości odruchowej rdzenia, w jeszcze większych porażenie postępowe, kończące się śmiercią zwierzęcia. Według Rogera rozpuszczalne produkty *bacterii coli communis* działają najsilniej na rdzeń, potem na mięśnie prążkowane, w końcu zaś na serce. Roger[188]) badał także działanie produktów *bacilli septici putridi* na serce żaby. Z hodowli tego gatunku otrzymał autor ciało nierozpuszczalne w wyskoku, które po wprowadzeniu do ustroju żaby wywoływało zwolnienie akcyi serca, (przez przedłużenie pauz pomiędzy uderzeniami) zrazu nie osłabiające siły poszczególnych uderzeń, w końcu zaś następowało zupełne zatrzymanie akcyi serca. Podczas stanu zatrucia zwierzęcia bezpośrednie drażnienie serca pozostawało bez wpływu. Nerwy błędne również nie działały.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[182]) Charrin et Gley: Soc. de biologie. 3 juin. 1893. Ref. w Le Progr. med. 1893. Nr. 23., pag. 438.

[183]) Bouchard: Actions vaso-motrices des produits bactériens. Acad. des Sciences. 26 oct. 1891. Ref w Le Progr. med. 1891. Nr. 47. pag. 404.

[184]) Bouchard: l. c.

[185]) Malvoz: Recherches bactériologiques sur la fievre typhoide. Bruxelles 1892. l. c.

[186]) Gilbert: Des poisons, produits par le bacille intestinal d'Escherich. Soc. de biol. 23. fevr. 1893. Ref. w Le Progr. med. 1893. Nr. 9., pag. 163.

[187]) Roger: Produits solubles du Bacillus coli, leur action sur la grenouille. Soc. de Biol. 6. Mai 1893. C. R., pag. 459. Ref. w Le Progr. méd. 1893. Nr. 19 i w Centr. für Physiologie. T. VII. Nr. 23., pag. 708.

[188]) Roger: Poisons cardiaques d'origine microbienne. Soc. de Biologie 20 janv. 1893. C. R. p. 103. Ref. w Centr. f. Physiologie. T. VII. Nr. 10. pag. 304.

Roger: Action de quelques toxines microbiennes sur le coeur. Soc. de Biologie. 18 février 1893. C. R. p. 175. Ref. w Centr. f. Physiologie. T. VII. Nr. 10., pag. 304 i w Le Progres med. 1893. Nr. 8., pag. 143.

Choroby dzieci.

Hirschsprung (w Kopenhadze): **Spostrzeżenia nad uwięźnieniem jelit u dzieci.**

W przeciągu 21 lat obserwował H. 64 przypadków uwięźnienia jelit u dzieci; z nich 46 nie liczyło jeszcze roku życia, karmionych było piersią. Ponieważ leczenie zależy od tego, czy mamy uwięźnienie jelita grubego czy cienkiego, rozchodzi się więc o ile możności o dokładne oznaczenie miejsca uwięźnienia.

Najwięcej cechujące są objawy *invaginationis ileocoecalis*; występuje ona u dzieci zwykle przedtem zdrowych, rozpoczyna się nagle, zamiast kału oddaje dziecko śluz i krew, przedmiotowo wykazać można po stronie lewej brzucha guz kształtu strzemienia, okrążający pępek; obrzęk ten wymacać można także przez odbytnicę.

Invaginatio coli rozpoczyna się nie tak szybko tak, że po kilku dniach ogólnej niedomogi dostrzeżemy obok innych objawów, że zamiast kału wydziela się śluz wodnisty. Guz również występuje po stronie lewej, sięga do *rectum*, ale jednak nie okręża pępka.

Daleko trudniejsze, prawie niemożliwe są do odróżnienia *invaginatio ilei* i *invaginatio ileocolica*, gdyż przedmiotowo guz, który zwykle wykazać można po stronie prawej, nie przedstawia nic cechującego a nieraz z powodu wzdęcia żadnego guza wykazać nie można. Z objawów wybitniejszych przytoczyć należy stolce z obfitą domieszką krwi lub czysto krwawe z małą ilością śluzu.

Czasami udaje się uwięźnienie jelita cienkiego usunąć przez masowanie, przy czem należy dziecko uśpić, by znieść napięcie powłok brzusznych; gdy masowanie do skutku nie prowadzi, należy przedsięwziąć operacyę. W uwięźnieniu jelita grubego stosować należy obfite wlewania wody do jelit w uśpieniu, przy podniesieniu miednicy, zapomocą sondy Osera. Wlewania takie można zrobić 5—6 razy, a gdy repozycya się nie udaje, należy przystąpić do laparotomii, ewentualnie enterotomii. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* T. XXXIX. Z. 4).

Fizyologia.

Johanessen (w Chrystyanii): **O fizyologii wydzielania pokarmu u kobiet.**

Celem wyświecenia stosunków fizyologicznych wydzielania mleka badał J. 25 kobiet karmiących w wieku 20—46 lat i przekonał się, że stosunek składników mleka jest inny, jak dotąd mniemano (König), zwłaszcza co do ilości białka. Składniki te według J. zostają do siebie w następującym średnim stosunku: białko, tłuszcz, węglowodory jak 1·0 : 2·0 : 4·20, w mleku krowiem zaś stosunek ten jest 1·0 : 1·0 : 1·43.

Porównywając mleko obu sutków przekonał się autor, że zachodzić może różnica co do ilości tłuszczu między wydzielaniem jednego a drugiego sutka. Przekonał się także, że jest tłuszczu więcej po karmieniu, niż przed karmieniem dziecka. Ilość białka jest w pierwszych 6 miesiącach większa, później zmniejsza się; odwrotnie się rzecz ma z cukrem. Rodzaj pokarmów spożywanych przez matkę, nie miał żadnego stałego wpływu na składniki pokarmu. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde* T. XXXIX. Z. 4).

Patologia.

11. Tilmanns (w Lipsku): **Etyologia i histogeneza raka.**

Pod względem definicyi raka zajmuje autor stanowisko teoryi Waldeyera-Thierscha. Rak jestto nowotwór wychodzący z gotowych komórek przybłonkowych, który prawidłowe tkanki niszczy w miejscu pierwotnie schorzałem, buja na obwodzie bez żadnych granic, cechuje się przerzutami przeważnie zapomocą układu limfatycznego, rzadziej za pośrednictwem naczyń krwionośnych i zazwyczaj sprowadza śmierć chorego wśród objawów ogólnego zatrucia. Nie każde nieprawidłowe bujanie przybłonka jest rakiem; jest nim tylko bujanie niszczące, powstrzymać się nie dające oddzielonego od gruntu macierzystego przybłonka; przerzut przybłonka jest miejscowa cecha raka. Z każdego nieprawidłowego, z porządku dobrotliwego bujania przybłonka można pozostać rak przez długie drażnienie chemiczne lub mechaniczne.

Pod względem powstania raka rożne są teorye. Cohnheim wywodził nowotwory w ogólności, a więc i raki z zabłąkanych jeszcze za życia płodowego zarodków i nie można zaprzeczyć, że teorya jego tłómaczy najlepiej powstanie pewnej liczby nowotworów. Według Ribberta znów początek raka trzeba odnieść do żywego bujania komórek w tkance łącznej pod przybłonkiem, przez co komórki przybłonka oddalają się od swego prawidłowego związku organicznego i dostają do tkanki łącznej, gdzie bujają w kierunku najmniejszego oporu, osobliwie w szczelinach tkanek i drogach limfatycznych.

W każdym razie rdzeń sprawy rakowej tkwi w zasadniczej zmianie właściwości biologicznych komórek przybłonkowych.

Raka nie można w żaden sposób odnosić do działania bakteryj.

Że raka można przeszczepić, rzecz niewątpliwa, ale z wyjątkiem przeszczepiania się tego nowotworu z jednego miejsca na drugie u tegoż samego indywiduum *(autoinoculatio)* udało się to tylko bardzo rzadko z człowieka na człowieka, z jednego zwierzęcia na drugie tegoż samego gatunku. Dotychczas nie udało się przeszczepienie raka z człowieka na zwierzę i ze zwierzęcia jednego na zwierzę drugiego gatunku. W żadnym razie rak nie należy do chorób zaraźliwych w zwykłem znaczeniu tego wyrazu. Że rak mógłby się przenieść przez zarażenie, dowodziłoby może trafianie się raka w małżeństwach u kobiety na macicy, u mężczyzny na prąciu; takie przypadki są jednak nadzwyczaj rzadkie.

Przeszczepienie raka niekoniecznie jest dowodem jego natury zaraźliwej lub zakaźnej, ma ono bowiem tylko znaczenie transplantacyi tkanki.

Co do przerzutów, to rzeczą jest godną uwagi, że po raku gruczołu tarczykowego są bardzo częste przerzuty w kościach, po raku sutka przerzuty w jądrach i gruczole krokowym. Naodwrót bardzo rzadkie są przerzuty w śledzionie.

Zmiany we krwi w przebiegu raka są w gruncie rzeczy takie same, jak w gorączce.

Co się tyczy przyczyn usposabiających do raka, nie ulega wątpliwości wpływ długiego drażnienia chemicznego i mechanicznego, osobliwie w wieku starszym. Takiemi czynnikami szkodliwymi są n. p. tytuń i wódka dla warg, języka, gardziela i t. d.

W ogólności śmiertelność z raka powiększyła się w ostatnich czasach, osobliwie w Europie i Ameryce. Według R. Williamsa jest względna (t. j. obrachowana na powiększenie się ludności) śmiertelność z raka w Anglii obecnie 4 razy większa, niż była przed 50 laty. *(Zdanie sprawy z obrad 24. niemieckiego Kongresu chirurgicznego, odbytego w Berlinie od 17. do 20. Kwietnia b. r.).* R.

Zapiski terapeutyczne.

105. Kalt (w Paryżu): O leczeniu ropnego zapalenia oczu za pomocą wielkich przemywań roztworem nadmanganezanu potasowego (z tegorocznego kongresu oftalmologicznego w Heidelbergu odbytego od 5. do 7. Sierpnia). Autor zdaje sprawę ze swego dotychczasowego doświadczenia, obejmującego 105 przypadków zapalenia oczu u noworodków, 13 przypadków zapalenia wiewiórowego oczu *(opthalmie blennorrhagique)* u dorosłych i 48 przypadków zapalenia ropnego spojówki u dorosłych i dzieci, razem ze 166 przypadków. We wszystkich był skutek po użyciu nadmanganezanu potasowego bardzo rychły, już bowiem koło 5. lub 6. dnia wypływ ropy bywał nieznaczny. Zapalenie oczu u dzieci w ogólności wyleczono w 12 do 15 dni.

Przemywania należy robić w dwóch pierwszych dniach po trzy razy dziennie, w następnych po dwa razy dziennie, używając za każdym razem i do każdego oka z osobna po $1\frac{1}{2}$ do 2 litrów letniego (25°) roztworu nadmanganezanu potasowego w stósunku 1 części tej soli na 3000 części wody. Roztwór tej mocy otrzymuje się w przybliżeniu rozpuszczając dobrą łyżeczkę od kawy wysyconego roztworu nadmanganezanu potasowego w litrze wody zwyczajnej. W czasie tego leczenia rzadko widział autor powierzchowne owrzodzenia rogówki. Jeżeli zaś są już owrzodzenia głębokie, tem śmielej należy używać przemywania rzeczonym płynem.

Lejki używane przez autora były trojakiej wielkości i oczywiście szklane. Ciśnienie płynu nie powinno przekraczać 40 centymetrów.

Jeżeli są szare błony wrzekome (paciorkowce), dobrze jest dodać do roztworu $^1/_{500}$ nadmanganezanu potasowego $^1/_{10000}$ sublimatu, czyli na litr płynu 10 cm.^{3} roztworu 1% sublimatu.

Użycie w ten sposób nadmanganezanu potasowego do leczenia zapalenia oczu nie przeszkadza bynajmniej równoczesnemu zastosowaniu przypiekania roztworem 2% azotanu srebrowego, które jednak uważa autor za niepotrzebne. *(La Semaine médicale.* 14. Sierpnia 1895).

106. Comby (w Paryżu): O użyciu antypiryny u dzieci (z obrad drugiego kongresu francuskiego dla medycyny wewnętrznej odbytego w Bordeaux od 8. do 14. Sierpnia b. r.). Antypirynę można stosować u dzieci jako lek przeciwgorączkowy, przeciwkurczowy, kojący bóle i wstrzymujący rozwolnienie. Antypirynę znoszą bardzo dobrze i nawet w dużych dawkach dzieci wszelkiego wieku a rumień *(erythema)* występuje po antypirynie bardzo rzadko, tylko przelotnie i niema żadnego większego znaczenia. Autor nie widział u dzieci po zadaniu antypiryny żadnych przypadków ze strony ani przewodu pokarmowego ani nerek. U dzieci dotkniętych chorobami gorączkowemi lub łączącemi się z kurczami nadają się dawki antypiryny nie drobne, lecz wielkie, na raz stosownie do wieku dziecka od 25 centygramów do grama, po dwa, trzy a nawet pięć do sześciu razy na dzień. Tę ilość antypiryny można zadawać nawet całemi tygodniami bez żadnych niedogodności.

W pląsawicy *(chorea)* nie jest antypiryna bynajmniej lekiem niezawodnym, często jednak łagodzi i skraca chorobę; natomiast w krztuścu nie okazała się autorowi antypiryna skuteczna.

W cierpieniach bolesnych i przeczulicy było działanie antypiryny niepewne.

W chorobach gorączkowych jest antypiryna najpewniejszym i najbezpieczniejszym środkiem na obniżenie temperatury. Jeżeli po dawce dostatecznej temperatura nie spada, jestto złym znakiem prognostycznym.

Na biegunkę nie działa antypiryna według spostrzeżeń autora ani pewnie ani dzielnie. *(La Semaine médicale.* 17. Sierpnia 1895).

107. E. H. Fenwick (z Londynu): Leczenie chirurgiczne guzów pęcherza moczowego (z 63. kongresu *British medical Association*). Rozróżnienie guzów pęcherza moczowego od kamieni moczowych nie zawsze jest łatwe. Jakkolwiek brodawczaki (*papillomata*) dobrotliwe cechują się pojawieniem się od czasu do czasu krwi w moczu prawidłowym, bez bólów i bez widocznej przyczyny, są jednakowoż guzy tego rodzaju wywołujące przypady zupełnie podobne, jak kamienie moczowe. Pochodzi to z niezwykłej długości szypuły nowotworu, mogącego przez to łatwo zmieniać swe miejsce w pęcherzu i dostać się nawet do wewnętrznego ujścia cewki, którą może zatkać zupełnie. Brodawczaki przeto dobrotliwe można podzielić na zatykające cewkę moczową i jej nie zatykające. Te ostatnie są częstsze.

Jest rzeczą bardzo ważną, ażeby w obydwóch tych rodzajach guzów pęcherza moczowego nie sondować nigdy chorych w celu poszukiwania kamieni.

Jeżeli rozchodzi się o nowotwory, ujścia wewnętrznego cewki moczowej nie zatykające, przypady są tak cechujące i tak różne od przypadów kamienia, iż sondowanie osobliwie u mężczyzn liczących mniej niż 50 lat, jest nietylko szkodliwe, ale i całkiem zbyteczne. Pamiętać wszakże należy, iż niekiedy u chorych liczących więcej niż 50 lat, mogą małe kamienie z kwasu moczowego, usadowione poza powiększonym gruczołem krokowym (*prostata*) wywoływać podobne przypady, jak nowotwory dobrotliwe.

W przypadkach nowotworów ujście wewnętrzne cewki zatykających dokładne rozważenie objawów doprowadzi do należytego rozpoznania i uniknięcia badania cewnikiem, które z przyczyny zatrzymywania się moczu i odbijania się tego na nerkach może stać się przyczyną zapalenia pęcherza i miedniczki nerkowej (*cystopyelitis*).

Dlatego zawsze, jeżeli się podejrzywa obecność guza w pęcherzu, należy w czasie między krwotokami i podczas wypełnienia pęcherza moczem użyć cystoskopu a w jego braku zrobić cięcie cewki zewnętrzne (*urethrotomia externa* czyli *boutonnière*) ponadłonowe tak wielkie, by przezeń można wprowadzić palec.

Najlepsze rezultaty operacyj guzów dobrotliwych pęcherza otrzymuje się u osób niesondowanych; najlepiej też zaraz po użyciu do zbadania cystoskopu przystąpić do operacyi.

Brodawczaki ze szypułą są, jak się zdaje, częstsze u kobiet, niż u mężczyzn. Wiele z nich można usunąć przez rozszerzoną cewkę; jeżeli jednak ich podstawa jest szeroka lub szypuła gruba, należy operować albo przez przegrodę pochwową albo drogą nadłonową.

Ta droga nadłonowa jest jedyną u mężczyzny. Jeżeli rozchodzi się o guz ze szypułą, należy odjąć go u podstawy przez wycięcie lub odgniecenie. Użycie skrobaczki wskazane jest wyłącznie wobec mocno usadowionego nowotworu lub małych guzków następowych. Krwotok pochodzący z podstawy guza należy utamować przed opuszczeniem przez chorego stołu operacyjnego. Najlepiej utamować krwotok albo za pomocą podwiązki, której końce wychodzą poza pęcherz albo za pomocą rozpalonego do czerwoności żelaza, użytego przez rurkę Keitha.

Autor niezawsze spieszy się z usunięciem małych guzów w pęcherzu u mężczyzn nie mających jeszcze 35 lat, ponieważ te guzy w ogólności rosną bardzo powoli.

Co się tyczy nowotworów złośliwych, raki twarde i występujące w jednem tylko miejscu można wyciąć z niejaką nadzieją opóźnienia dalszego biegu choroby, jeżeli można wyciąć zupełnie podstawę nowotworu i tkankę do niej przyległą. W przeciwnym razie operacya przyspiesza tylko dalszy rozwój choroby.

Nowotwory złośliwe, usadowione w trójkącie lub jego pobliżu nie nadają się do operacyi. Nowotwory występujące w formie nacieku ścian pęcherza można rozpoznać przez obmacanie przez prostnicę lub obmacanie oburęczne w narkozie eterowej. Również nie nadają się do operacyi guzy rozsiane. Jeżeli wraz z nowotworem trzeba wyjąć pewną część otrzewny, należy drenować pęcherz, by zostawić ranie w pęcherzu czas do gojenia się.

Autor operował 70 przypadków guzów pęcherza i stracił z nich 5 a mianowicie 2 wprost skutkiem operacyi, 3 zaś mniej więcej w trzy tygodnie po operacyi skutkiem powikłania ze strony nerek. *(La Semaine médicale.* 7. Sierpnia 1895).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Sierpnia 1895 r.

— Od 1. Września b. r. znajduje się Administracya *Przeglądu lekarskiego* w szpitalu św. Ludwika przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2., przyczem nadmieniamy, iż przyjmowanie prenumeraty i ogłoszeń, ekspedycya pisma i odbitek, tudzież wypłata wszelkich należytości z wydawnictwa wypadających należą wyłącznie do Administracyi.

— W dniu 23. b. m. pojawił się w Tarnopolu we wschodniej Galicyi pierwszy przypadek cholery azyatyckiej, udowodnionej także i bakteryologicznie. Po nim nastąpiły dotychczas jeszcze 4 przypadki; razem przeto pojawiło się 5 przypadków, z których trzy zakończyły się śmiercią. Rozumie się samo przez się, iż krajowe władze sanitarne i administracyjne nie zaniedbały i nie zaniedbują niczego, co może powstrzymać dalszy rozwój epidemii.

— Prof. T. R. Fraser w Edymburgu doniósł tamtejszej *Royal Society*, że według jego poszukiwań jad wężowy należy do tych czynników szkodliwych, do których ustrój zwierzęcy można przyzwyczaić, nadając mu nawet nadzwyczajną względem niego odporność. Fraser robił w tej mierze doświadczenia z najstraszniejszym pod względem swego działania jadem okularnika *(naja tripudians)* z Indyj Wschodnich, z jadem trzech gatunków grzechotnika amerykańskiego *(crotalus horridus, adamanteus* i *durissus)*, z jadem dwóch żmij australskich (*pseudechys porphyriacus* i *diemenia superciliosa*) i z jadem węża *sepedon haemachatus* z Przylądka Dobrej Nadziei.

Naprzód rozchodziło się o oznaczenie dla każdego jadu z osobna najmniejszej dla danego zwierzęcia śmiertelnej dawki. Z doświadczeń w tej mierze dokonanych z jadem okularnika wschodnio-indyjskiego wypada, że dawka ta wynosi w gramach:

dla świnki morskiej	0·00018,
dla królika	0·000245,
dla szczura	0·00025,
dla kota	0·005.

Wstrzykiwania rozpoczynano zazwyczaj od ilości 10 razy mniejszej i stopniując dawkę co kilka lub kilkanaście dni, dochodzono nietylko do pełnej dawki śmiertelnej, ale przekraczano ją bez widocznej szkody dla zwierzęcia kilka razy a wyjątkowo nawet kilkadziesiąt razy, przyczem przekonano się, że świnki morskie są w ogólności na jad wężów bardzo wrażliwe, gdy króliki i stary koń do doświadczeń użyte znosiły ów jad wcale dobrze.

To przyzwyczajenie do tak wielkich dawek trucizny można sobie wytłómaczyć jedynie powstaniem w ustroju a mianowicie w surowicy krwi odtrutki, podobnie jak to dzieje się przy immunizacyi surowicą w błonicy i innych chorobach zakaźnych.

Otóż Fraserowi udało się otrzymać taką surowicę przeciw jadowi wężów skuteczną, którą po wysuszeniu nazwał *antyweniną* i która nawet w 30 minut po zapuszczeniu jadu wężowego nie odmówiła swego działania. Ponieważ śmierć człowieka ukąszonego przez węża jadowitego następuje zazwyczaj dopiero w 3 do 24 godzin, byłby czas na zastosowanie środka rzeczonego.

Z dalszych doświadczeń Frasera pokazuje się, że jakkolwiek jad u różnych gatunków wężów jest różny i różnie też działa tak co do mocy, jak i rodzaju skutku, to jednakowoż zaimmunizowanie zwierzęcia jadem jednym chroni go do pewnego stopnia od szkodliwego wpływu innego jadu.

Wobec tego, że do dziś dnia nie znamy żadnego środka niezawodnego przeciw skutkom ukąszenia przez węże jadowite, wobec tego

następnie, że dotychczas w krajach ciepłych ginie mnóstwo ludzi (w samych Indyach Wschodnich po 20.000 ludzi rocznie) od ukąszenia rzeczonych gadów, są dalsze badania w kierunku przez Frasera wskazanym konieczne a w pierwszym rzędzie łożyć na nie powinien rząd angielski.

— Sprawa dopuszczenia kobiet do nauk wyższych, mianowicie uniwersyteckich a tem samem i lekarskich, bierze obecnie w Niemczech obrót dla słabszej połowy rodzaju ludzkiego niekorzystny. I tak rektor uniwersytetu berlińskiego uwiadomił profesorów okólnikiem, iż według rozporządzenia ministra oświaty i spraw lekarskich profesorowie uniwersyteccy nie mogą dopuszczać kobiet do swych wykładów bez osobnego za każdym razem pozwolenia ministra i rektora. Minister Dr. Bosse przestrzegł w osobnem piśmie starszego burmistrza Kolonii przed dopuszczaniem kobiet w ogólności do nauk humanistycznych. Znani profesorowie medycyny, Waldeyer w Berlinie i Krafft-Ebing w Wiedniu wyrzekli także w tej sprawie swe poważne słowo przeciw dopuszczeniu kobiet do uniwersytetów. Waldeyer zwrócił na odbytym właśnie kongresie antropologicznym w Kasselu uwagę na znaczne różnice anatomiczne między mężczyzną a kobietą, szczególniej tyczące się mózgu, mięśni a osobliwie ilości i jakości krwi; Krafft-Ebing zaś nie zaprzecza, iż wprawdzie idealnie biorąc, kobieta może w wielu zawodach konkurować z mężczyzną, że jednakowoż przeznaczenie jej w ludzkości było przez całe tysiące lat zupełnie odmienne. Wrodzonej mężczyźnie zdolności mózgu do działania skutecznego na polu nauki i sztuki mogłaby kobieta nabyć powoli, dopiero w wielu po sobie pokoleniach. Nadzwyczaj tylko mała liczba kobiet wyjątkowo od natury uposażonych zdołałaby wytrzymać z mężczyzną konkurencyą na polu pracy umysłowej. Reszta ogromna musi paść koniecznie w tej walce nierównej.

Reinert w Tybindze zastanawia się w osobnym artykule umieszczonym w najświeższym (34.) numerze *Münchener med. Wochenschrift* nad kwestyą kobiet ze stanowiska lekarskiego i dochodzi na podstawie znanych już poszukiwań do wniosku, iż krew kobieca jest gatunkowo lżejsza, wodnistsza, w składniki skuteczne, mianowicie ciałka czerwone i barwik właściwy uboższa niż u mężczyzn, jednem słowem o 10% ma wartość mniejszą a ponieważ skład chemiczny krwi ma nadzwyczaj wielką ważność dla układu nerwowego, mianowicie funkcyj jego wyższych, psychicznych, przeto już i z tego powodu nie może kobieta na polu pracy umysłowej działać tak skutecznie, jak mężczyzna.

— Jak w zeszłym, tak samo i w roku bieżącym będzie w Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech utworzony dla leczących się w tem zdrojowisku pensyonat, w którym za trzy złote reńskie dziennie otrzymuje się mieszkanie przyzwoite, jedzenie i kąpiele.

— W roku 1894. skonsumował każdy Paryżanin średnio kilogramów masła 8·031, séra 2·432, ostryg 3·238, 10.00 (czyli 200. sztuk) jaj, 146 chleba, 60 mięsa od rzeźników i 10 ptactwa i zwierzyny, tudzież wypił 194·5 litrów wina; wypada ztąd dziennie średnio mniej więcej 400 gramów chleba, 200 gramów mięsa, trochę więcej niż pół jaja i nieco więcej niż pół litra wina.

Od roku 1885. konsumcya nie zmieniła się, z wyjątkiem nieznacznego zmniejszenia się konsumcyi mięsa (w roku 1885. przypadło na głowę 65·885 kilogramów mięsa, w roku zaś 1894. odpowiednia cyfra wyniosła 60·719).

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 34. B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. R. Jasiński: Przypadek postępującego zwyrodnienia mięśni (*dystrophia muscularum progressiva*) M. Przyjałkowski: Trzy przypadki błonicy wyleczonej surowicą. N. Stróżewski: Przypadek wyleczenia zastarzałej pląsawicy. — W *Kronice lekarskiej*, zeszycie z 15. Lipca: M. Warszawski: Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie i na przebieg kanałów Gaertnera, w zeszycie z 1. Sierpnia: J. Zawadzki: Przypadek limfosarkomatu kiszek, mózgu i gruczołu chłonnego szyi, w zeszycie z 15. Sierpnia: B. Dzierżawski: O gruczołach chłonnych na policzku a także słów kilka o zapaleniu gruczołów chłonnych wskutek chorób zębów w ogóle. — W *Medycynie* Nrze 34. S. Dobrucki: Przyczynek do tak zwanej zgorzeli karbolowej. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juliusz Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. VI, 330, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III. str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. Wykład chorób dzieci. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883. dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. Historya medycyny. Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 386 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. O lecznictwie ksiąg ośmioro. (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka**, wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa, 1891 w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia**, według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera. przekład Ad. Ciaglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

Wł. Oltuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—5

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 7. Września 1895 r. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 190, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Kazuistyka sądowo-lekarska.

SERYA TRZECIA.

IV.

Czy wójt istotnie „skręcił kark" Wojciechowi K.?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz w Krakowie.

Wśród sprzeczki o ścieżkę począł wójt szamotać się ze swym sąsiadem Wojciechem K., wreszcie przyszło do bitki, wśród której wójt ujął Wojciecha za szyję i obalił go na płot żerdkowy, który się złamał. Wojciech upadł twarzą ku ziemi, wójt usiadł na nim i bił pięściami po głowie i gdzie trafił. Wójtowa biła Wojciecha równocześnie niemiłosiernie kołkiem po głowie, szyi, ramionach i rękach a gdy jeden kołek na sąsiedzie połamała, biła go drugim, który jej właśnie córka podała. Dopiero wskutek wołania sąsiadów biegnących na pomoc puszczono pobitego Wojciecha, z którym żona w godzinę udała się do lekarza.

O przypadku niniejszym uczynił Dr. A. następującej treści:

Doniesienie sądowo-lekarskie.

Wojciech K. podaje, że wójt i żona jego pobili go ciężko. Badanie dokonane w dniu dzisiejszym wykazuje: *a)* u mężczyzny wzrostu słusznego, dobrze odżywionego, niegorączkującego na uchu lewem rankę półkolistą o brzegach nierównych, tyczącą się skóry; *b)* obok tej ranki wynaczynienie krwi wielkości orzecha włoskiego; *c)* na łopatce lewej siniec ze zdartym przyskórkiem; *d)* na tylnej powierzchni przedramienia lewego różne miejsca o zdartym przyskórku; *e)* palec wskazujący i średni ręki lewej jako też i śródręcze silnie obrzmiałe, za dotykaniem się bolesne. Ruchy bierne i czynne tych palców z powodu bólu niemożebne. Między powyższymi palcami tuż przy nasadzie rana darta 1 cm. długości; *f)* na powierzchni tylnej palca prawego wskazującego dwa miejsca o zdartym przyskórku.

Orzeczenie. Uszkodzenia powyższe prócz uszkodzenia opisanego pod *e*) są uszkodzeniem lekkiem i wywołują chorobę i niezdolność do pracy zawodowej przez 3 dni. Co się zaś tyczy uszkodzenia opisanego pod *e*), na razie podać nie mogę, czy nie przyjdzie do ropnego zapalenia, gdzie się znajduje obecne obrzmienie, z powodu bliskości rany, czy w ogóle poszkodowany mniej niż przez 20 dni do pracy zawodowej tą ręką zdolnym będzie. Co do wiadomości c. k. Sądu podaję.

Dnia 11. Czerwca 189...

W dniu następnym według podań żony, Wojciech K. częścią leżał, częścią słaby około domu się przechadzał, jadł mało, wódki nie pił. W trzecim dniu rano ni ztąd ni zowąd powiedział do żony, że jej grunt i chałupę chce zapisać a celem sporządzenia aktu udali się oboje pieszo do miasta o milę odległego, gdzie pozostali do wieczora. W dniu czwartym odwiedził Wojciech swoją siostrę, lecz zresztą prawie cały dzień przeleżał, następnego dnia zaś był słabszy, ściskało go w żuchwach, nie mógł mówić, zaczęła go głowa boleć i w tył mu opadać. Stan pogorszył się w dniu szóstym tak, że żona zawiozła chorego do lekarza B., który choremu polecił postawić 8 pijawek na karku a do sądu przesłał zawiadomienie następujące:

W dniu 16. Czerwca 189... r. wieczorem przywieziono do mnie Wojciecha K., lat 53 liczącego, którego przed 5-ciu dniami pobił mocno po głowie wójt i jego żona. Przez te pięć dni chory czuł się słabym, aż dopiero w dniu wyż wymienionym dostał sztywności w karku bardzo bolesnej, zarówno jak i w całym grzbiecie. Ruchy bardzo utrudnione. Temperatura ciała niska 35·6. Tętno 48. Przytomność utrzymana całkowicie. W następnym dniu t. j. 17. Czerwca rano zawezwano mnie do M., gdyż stan chorego pogorszył się bardzo. Przy badaniu znajduję stan jak wczoraj, przerywany jednak napadami kurczów klonicznych co 10 lub 20 minut się powtarzających, wśród których tętno ustaje, sinica najwyższego stopnia. Oddechanie ustaje. Utrata przytomności

zupełna. Stan ten trwa 1 do 3 minut, poczem przytomność zwolna wraca, tętno i oddechanie również; chory wraca do mniej więcej normalnego stanu, z kurczów pozostaje stale tylko szczękościsk (*trismus*). Gdy nie mogę się oprzeć przekonaniu, iż stan ten jest następstwem ciężkiego uszkodzenia w bitce w dniu 10-go b. m., ośmielam się donieść o tem Świetnemu c. k. Sądowi z prośbą o wydelegowanie komisyi lekarskiej, któraby może jeszcze za życia mogła rozpoznać chorobę. *Dr. B.*

Właśnie w chwili gdy już opuszczałem M., doniesiono mi, iż Wojciech K. zmarł. Wróciłem więc i przekonałem się o śmierci, która nastąpiła wśród ostatniego napadu kurczu. *Dr. B.*

Sekcyę zwłok Wojciecha K. wykonali dnia 20. Czerwca a więc dnia 3-go po śmierci Dr. A. i Dr. B. i wykazali:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze odżywionego, około 50 lat liczącego, okazują twarz potwornie wzdętą. Skóra na twarzy z powodu do wysokiego stopnia posuniętej zgnilizny barwy brudno zielonej, przyskórek z łatwością oddziela się od skóry, tu i ówdzie z przyskórka ogołoconej. 2) Szyja wzdęta, skóra na niej okazuje te same własności fizyczne. 3) Zielonkowate zabarwienie powłok ogólnych na klatce piersiowej i na brzuchu z powodu znacznej zgnilizny. 4) Moszna rozdęte z powodu nagromadzenia się gazów gnilnych pod skórą. 5) Na przedniej ścianie klatki piersiowej i na jej części dolnej znajdujemy w kilku miejscach pergaminowate zeschnięcia skóry i to mamy takich miejsc około 10. 6) Wspomniane uszkodzenia w świadectwie lekarskiem z dnia 11. Czerwca 189... zupełnie znikły, o ile wysoki stopień zgnilizny na ich rozpoznanie na skórze pozwala. 7) Z powodu daleko posuniętej zgnilizny przyskórek cały na wszystkich odnogach oddziela się w dużych strzępkach; przy obmacaniu części miękkich całego tułowia rozpoznajemy rozległą odmę podskórną z powodu obecności gazów gnilnych w tkance podskórnej. 8) Zresztą na całych powłokach nie ma znaków zadanego gwałtu.

Oględziny wewnętrzne. 9) Powłoki ogólne czaszki i mięśnie czaszkowe naciekłe rozłożonym barwikiem krwi tak, że trudno rozróżnić, czy mamy przed sobą wybroczynę krwawą lub czy tylko zjawisko pośmiertne. 10) Kości sklepienie czaszki stanowiące nieuszkodzone. Błona mózgowa twarda i miękka nie okazują żadnych zboczeń. Zatoki żylne a mianowicie zatoka sierpowata nie okazują żadnych skrzepów krwawych. 11) Kości na podstawie czaszki nieuszkodzone. 12) Mózg po największej części zmieniony w substancyą papkowatą koloru zielonawego tak, że trudno utkanie rozróżnić pod względem anatomicznym. 13) Krtań, połyk, jama ustna nie przedstawiają żadnych zboczeń. 14) Płuca prócz przekrwienia i obrzęku wodnego dolnych i tylnych płatów nie przedstawiają żadnych zboczeń. 15) Serce prócz nasiąknięcia rozłożonym barwikiem krwi nie przedstawia żadnych zboczeń, zastawki jego bowiem tak komórkowe jak i przedsionkowe, tudzież sam mięsień sercowy nie okazują żadnej chorobowej zmiany. W tętnicy głównej nie znaleziono żadnego uszkodzenia ani żadnej zmiany chorobowej. 16) Wątroba prawidłowa. 17) Śledziona przeobrażona w papkę brudną, smrodliwą, jednakże niepowiększona. 18) Obydwie nerki nie okazują prócz zmian pośmiertnych żadnego zboczenia. 19) Żołądek zupełnie próżny; błona śluzowa jego z powodu zgnilizny rozmiękła. 20) Kiszki tak cienkie jak i grube nie okazują żadnych zboczeń, błony śluzowe jednak z powodu zgnilizny znacznej zupełnie rozmiękłe tak, że utkania trudno rozeznać. 21) Jama otrzewnowa, pęcherz moczowy, kiszka odchodowa zupełnie prawidłowe. 22) Z powodu, że dotychczas otrzymaliśmy wynik ujemny pod względem anatomicznym a objawy chorobowe za życia: gwałtowne opadanie głowy w tył tak, że głowę musiano rękoma podpierać, że każde ruszenie głową w tył połączone było z niezmiernym bólem dla chorego, że szczękościsk ani na chwilę nie opuszczał chorego, że za ostatniem widzeniem chorego Dr. B. mógł wybitnie zauważyć t. zw. *shok* (wstrząs), były tego rodzaju, że kazały przypuszczać cierpienie rdzenia pacierzowego lub kręgosłupa w górnej jego części, przeto z tego powodu odpreparowano wszystkie mięśnie karkowe aż do kręgosłupa i połączenia jego z czaszką celem jak najdokładniejszego zbadania stanu części szyjnej kręgosłupa, mianowicie kręgów jego z osobna, stawów, więzadeł jakoteż i przebiegu rdzenia pacierzowego i znaleziono co następuje: Mięśnie przesiąkłe barwikiem krwi i cieczą gnilną, robiącą wrażenie krwi wynaczynionej bez skrzepów. Dostawszy się po odpreparowaniu mięśni karkowych aż do kręgosłupa, nie mogliśmy palcem wymacać ani złamania ani zwichnienia kręgów; najdokładniej badaliśmy pierwszy krąg szyjny w stosunku jego do czaszki i do drugiego kręgu szyjnego. Tak zwany wyrostek zębowy drugiego kręgu nie był ani złamany ani ze swych połączeń więzowych rozluźniony; więzadła krzyżowe i poprzeczne drugiego kręgu szyjnego zupełnie utrzymane. Oddzielając skórę czaszki celem jej przepiłowania, zapuszczono się aż do miejsca, gdzie czaszka opiera się o pierwszy krąg; prawdopodobnie skutkiem przecięcia więzadła łączącego czaszkę z pierwszym kręgiem, powstała między czaszką a nim wolna przestrzeń, w którą łatwo było wsunąć wskazujący palec, który docierał aż do rdzenia; górna część rdzenia pacierzowego, tak zwana część karkowa przeobrażona w papkę gnilną tak, że o zbadaniu własności anatomicznych mowy być nie może. (Dokończenie nastąpi).

II. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Przypadek XI.

L. prot. zakł. 170. K. L., lat 48. Operowana w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri*.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, mała, smukła. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 8 cm., długość jamy 5·3 cm., grubość ściany 1·6 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór kształtu główki kalafiora. Nowotwór zajmuje i dolną część szyi, lecz ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość tegoż od nowotworu wynosi więcej niż 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare portionis vaginalis*.

Badanie skrawków błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje:

Błona śluzowa niejednostajnej grubości, w ogóle cieńsza, pokryta na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym, spłaszczonym. Gruczołów mało, szczególniej w powierzchownych warstwach, przybłonek w gruczołach nieco niższy, światła gruczołów wązkie; gruczoły znajdują się też w powierzchownej warstwie mięsnej a czasem stanowią ognisko osobne z kilku gruczołów. W ogóle w głębszych warstwach błony śluzowej gruczołów więcej niż w powierzchownej. Gruczoły przebiegają prawie równolegle do powierzchni błony śluzowej a zaledwie kilka przewodów uchodzi na powierzchnię błony śluzowej. Tkanka międzygruczołowa w powierzchownej warstwie błony śluzowej ma utkanie wyraźnie włókniste i jest obfita; w głębszych warstwach przeważa utkanie komórkowe i to tak, że największa ilość komórek okrągłych znajduje się około gruczołów, na zewnątrz od nich mamy komórki wrzecionowate. Taki sam obraz znajdujemy około gruczołów znajdujących się w tkance mięsnej. Przemawia to (jak już wy-

żej nadmieniłem), że tam, gdzie bywają gruczoły, powstaje odczyn tkaniny, występuje sprawa bujania tkanki łącznej.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis. Atrophia glandularum mucosae incipiens.*

Przypadek XII.

L. prot. zakł. 171. F. J., lat 38. Operowana w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych przedstawia się jako kikut; część pochwowa i szyja zniszczone przez nowotwór, który przeszedł na dolną część jamy macicy. Przekrój z przodu w tył. Ściany macicy grube, w lewej połowie macicy w wysokości trąbki włókniak śródmiąższowy wielkości orzecha laskowego. Grubość ściany macicy w trzonie 2·5 cm. Błona śluzowa jamy macicy powyżej nowotworu jest grubsza i pofałdowana. Oddalenie nowotworu od dna macicy wynosi 2·5 cm.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa niejednostajnej grubości, ale miejsca cieńsze nie przedstawiają się tak, jak przy zaniku, a więc błona śluzowa musiała dawniej w całości być grubszą. Przybłonek na powierzchni tylko miejscami utrzymany. Gruczołów stanowczo więcej. Gruczoły tak na przekroju poprzecznym jak i podłużnym przedstawiają znaczne zwężenie światła; szczególniej gruczoły, które przebiegają prostopadle do powierzchni błony śluzowej nie mają wcale światła, lecz dwie warstwy przybłonka, dobrze, jak zresztą we wszystkich gruczołach utrzymanego, przylegają do siebie. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna.

Tkanka międzygruczołowa, która widocznie co do ilości jest zwiększona, jest w warstwie powierzchownej więcej komórkowa, zawiera komórki różnego kształtu. W warstwach głębszych widoczny jest też ów rozrost tkanki łącznej, która tu jest więcej włóknistą. Rozrost ten w obydwóch warstwach wywołuje właśnie to zwężenie światła gruczołów, albowiem tkanka łączna opasuje niejako gruczoły i sprowadza tym sposobem ich zanik. W naczyniach zmiany wybitne, takie, jak wyżej opisano.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis et praecipue interstitialis. Atrophia glandularum incipiens.*

Przypadek XIII.

L. prot. zakł. 192. P. M., lat 40. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie. *Carcinoma portionis vaginalis.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, nie powiększona, smukła, przekrój z przodu w tył, długość macicy 7·5 cm., długość jamy macicy 6 cm., grubość ściany macicy 1·5 cm. Nowotwór zajmuje tylko tylną wargę części pochwowej, na szyję nie przechodzi. Błona śluzowa jamy macicy już makroskopowo wydaje się grubszą i pulchniejszą, jakby krwią przesiąkła.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare portionis vaginalis.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa znacznie grubsza, powierzchnia jej pokryta przybłonkiem wałeczkowym, gruczołów bardzo dużo tak, że gruczoł leży jeden obok drugiego. W warstwie powierzchownej gruczoły są długie, mają przebieg trybuszonowaty, przybłonek w nich jakby obcięty, lecz dobrze utrzymany; w świetle gruczołów znajdujemy ciałka krwi luźne. W warstwie grubszej przekroje gruczołów są poprzeczne i skośne a jest ich tyle, że tkanka ma wejrzenie oczkowate, alweolarne a tkanka międzygruczołowa stanowi tylko bardzo wąskie przegrody. Gruczoły w kilku miejscach drążą w tkankę mięsną w postaci klinów; zresztą granica jest dosyć ostra i wyraźna. Tkanka międzygruczołowa w warstwie powierzchownej obfitsza, włóknista, w głębszej skąpsza, włóknista a obok tego około gruczołów znajdujemy więcej komórek okrągłych i owalnych. Naczynia włosowate i drobne, tętniczki krwią napełnione. Tuż pod powierzchnią błony śluzowej znajdują się ciałka krwi; wybroczyny w tkance.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis productiva, probabiliter infra menses.*

Przypadek XIV.

L. prot. zakł. 176. A. M., lat 38. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w klinice prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi, przekrój z przodu w tył. Macica większa i grubsza. Długość macicy 9 cm., długość jamy 7·5 cm., grubość ściany w trzonie 2·3 cm.

Nowotwór zajmuje część pochwową i to przeważnie wargę tylną, na szyję przechodzi nieznacznie i to tylko na ścianę tylną, ujścia wewnętrznego nie przekracza. Błona śluzowa jamy macicy zupełnie gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa znacznie grubsza, powierzchnia jej pokryta jest warstwą przybłonka wałeczkowego, który w pewnych miejscach jest jakby od podstawy nieco uniesiony; w tych miejscach na powierzchni błony śluzowej widzimy ciałka krwi i masę drobnoziarnistą. Powierzchnia błony śluzowej jest falista. Gruczołów większa liczba tak, że błona śluzowa przedstawia tkankę budowy siatkowatej, obok powiększonej liczby gruczołów; gruczoły niektóre są dłuższe, większe, trybuszonowato pokręcone. Przybłonek w gruczołach barwi się dobrze, ale okazuje skłonność do złuszczenia; w świetle gruczołów znajdujemy masę ziarnistą. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną dosyć wyraźna. Tkanka międzygruczołowa w powierzchownej warstwie dosyć obfita, komórkowa. Komórki drobne przeważnie okrągłe, lecz niektóre większe i owalne *(fibroblasty)*; nadto substancya międzykomórkowa jakby obrzmiała, podobna do masy śluzakowej. W warstwach głębszych tkanka międzygruczołowa mniej obfita, włóknista, zawiera znacznie mniej komórek. Wśród fibroblastów znajdują się licznie leukocyty a miejscami widzimy ograniczony naciek drobnokomórkowy, przypominający małe ropnie. Naczynia drobne i włosowate krwią wypełnione.

Rozpoznanie: *Endometritis productiva glandularis. Mucosa probabiliter infra menses.*

Przypadek XV.

L. prot. zakł. 194. Ł. F., lat 30. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie wycięta z częściami dodatkowemi; przekrój z przodu w tył, macica większa i grubsza, długość macicy 9·5 cm., długość jamy 7·8 cm., grubość ściany w ciele 2·2 cm. Szyja macicy szczególnie gruba. Na części pochwowej i w dolnym odcinku macicy widać nieznaczne zmiany nowotworowe. Błona śluzowa jamy macicy gołem okiem grubsza, barwy brunatnej.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa grubsza, powierzchnia pokryta przybłonkiem wałeczkowym. Gruczołów znacznie większa liczba. Światło gruczołów tuż pod powierzchnią małe; przybłonek w nich dobrze utrzymany. W warstwie głębszej błony śluzowej gruczoły rozszerzone i rozgałęzione, tu i ówdzie drążą do warstwy mięsnej; zresztą granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa zawiera dużą ilość komórek; tu i ówdzie obok gruczołów naciek drobno-

komórkowy (leukocyty), tkanka ta w warstwie powierzchownej błony śluzowej jest obfitsza. Naczyń drobnych i włosowatych dużo a w nich znowu zmiany polegające na powiększeniu jąder śródbłonka i bujaniu tkanki łącznej w ścianach aż do zamknięcia światła w niektórych naczyniach.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis et interstitialis.*

Przypadek XVI.

L. prot. zakł. 195. J. J., lat 50. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri, fibromata uteri.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie nieco większa, wyjęta bez części dodatkowych, przekrój z boku na bok. Na przedniej ścianie macicy trzy włókniaki podsurowicze wielkości orzecha. Na przekroju w ścianie przedniej włókniak śródmiąższowy wielkości orzecha, na granicy między szyją a trzonem macicy w ścianie tylnej nieco mniejszy od poprzedniego. W jamie macicy polip włóknisty wielkości fasoli; zresztą błona śluzowa jamy macicy gładka, cienka. Długość macicy 8·1 cm., długość jamy 6·3 cm. Grubość ściany w trzonie 2·3 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przechodzi na dolną część szyi, ale ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od niego do nowotworu wynosi 1·3 cm.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare portionis vaginalis.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa niejednakowej grubości; powierzchnia jej pokryta jednowarstwowym przybłonkiem wałeczkowym bardzo spłaszczonym. Tuż pod powierzchnią mamy dosyć gruczołów o świetle wąskiem, przekroju poprzecznym tak, jakby tkanka otaczająca te gruczoły ugniatała i zanik ich sprowadzała. Przybłonek w gruczołach tu i ówdzie w dwóch i trzech warstwach, lecz dobrze utrzymany. Tkanka międzygruczołowa w tem miejscu włóknista a w niej drobne komórki. W głębszych warstwach mamy więcej gruczołów, ale ogniskowo a nie równo rozsianych; z tych jedne mają wąskie światło, inne są rozszerzone z wypustkami do wnętrza i okazują wybitną skłonność do proliferacyi przybłonka. Najważniejszem jednak jest to, że niema ścisłej granicy między błoną śluzową a warstwą mięsną, lecz gruczoły drążą do tej ostatniej i niszczą ją, albowiem widzimy gruczoły, które się znajdują w porozdzielanych wiązkach mięśni i okazują wybitną skłonność do niszczenia mięśnia, gruczoły te drążą głęboko prawie przez całą grubość mięśnia, tworząc tu i ówdzie ogniska po kilka. Tkanka międzygruczołowa w warstwie głębszej błony śluzowej okazuje naciek drobnokomórkowy (leukocyty); w innych miejscach zaś mamy komórki o jądrach owalnych mniejszych i większych obok pasm tkanki włóknistej. W naczyniach też zmiany już w innych preparatach opisane.

Rozpoznanie: *Adenoma destruens mucosae uteri.*

Przypadek XVII.

L. prot. zakł. 209. J. K., lat 40. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie, mała, bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 7·5 cm., długość jamy 6 cm., grubość ściany w trzonie 1·8 cm.

Część pochwowa w porównaniu z trzonem smukła, zajęta przez nowotwór, który przechodzi na dolną część szyi, lecz ujścia wewnętrznego nie przekracza; odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy jest gładka i cienka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Adeno-carcinoma cervicis uteri.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa niejednostajnej grubości, tu i ówdzie nieco cieńsza, pokryta na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym. Gruczoły co do liczby nie okazują wybitniejszej zmiany; niektóre gruczoły są pozwężane w kształcie torbielków a w tych gruczołach przybłonek bardzo spłaszczony, w świetle znajduje się masa ziarnista; inne znów gruczoły mają światło bardzo wąskie, jak to bywa w okresach początkowego zaniku błony śluzowej. Gruczoły w pewnych miejscach drążą w warstwę mięsną, przez co granica między błoną śluzową a warstwą mięsną ma kształt falisty. Obfita tkanka międzygruczołowa składa się z komórek przeważnie okrągłych i owalnych; w warstwie zaś tuż pod powierzchnią mamy i tkankę włóknistą. W naczyniach zmiany polegające na zgrubieniu ścian a tem samem na zwężeniu światła naczyniowego.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis, atrophia mucosae incipiens.* (Dokończenie nastąpi)

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Co się tyczy tych ostatnich, w prawidłowej rogówce Leber przyznawał tylko powierzchowną brzeżną sieć pętlistą. Ja (*Przyczynek do nauki o rozwoju oka.* Kijów 1878. po ros.) udowodniłem, wbrew poprzednim twierdzeniom Hyrtla, Waldeyera i Ricchiardiego, że nawet u zarodków rogówka posiada tę tylko sieć, żadnych zaś innych naczyń. Ostatnio Schöbl (*O cévach krevnich rohowky.* Książka jubileuszowa Szokalskiego. 1884. *Ueber die Blutgefässe der Hornhaut etc. Centralbl. fur prakt. Augenh.* 1886. November) utrzymuje, że u dorosłych, prócz powierzchownej sieci brzeżnej, istnieje nadto sieć głęboka (niekiedy podwójna nawet), położona więcej w środku, której naczynia pochodzą od naczyń białkówki i wchodzą w nieznacznej przestrzeni do przeźroczystej rogówki. Dzielą się naczynia te na kształt pęczków, zespoleń nie tworzą, lecz każda tętnica ma obok siebie własną żyłę. Czy w istocie sieci głębokie zawsze istnieją w prawidłowem oku człowieka, orzec stanowczo nie mogę; nawet dotychczasowe doświadczenie nakazuje mi raczej zaprzeczyć istnieniu takiej sieci u człowieka. U zwierząt rzecz się ma inaczej, jak to zresztą oddawna wiadomo. Natomiast w sprawach chorobowych, zwłaszcza przewlekłych rogówki, w jej warstwach głębokich powstałych, bezwarunkowo naczynia w tych częściach napotykane pochodzą od naczyń białkówki, jak słusznie utrzymuje Schöbl. W danym przypadku mieliśmy najpierw zupełnie prawidłową, tylko bardzo przekrwioną pobrzeżną sieć powierzchowną, dalej, głębiej znacznie, dwie siecie, z których jedna, bardziej powierzchowna znajdowała się w środku samej rogówki a rozgałęzienia jej tworzyły pasemko na 2—3 mm. szerokie; druga zaś sieć, głęboka znajdowała się w najbardziej wewnętrznych warstwach rogówki a rozgałęzienia jej tworzyły pas 3—4 mm. szerokości mający; niekiedy naczynia dochodziły nawet do samego środka rogówki. Znaczniejsze zbiorowiska komórek w pobliżu błony Descemeta znajdowały się zawsze bezpośrednio obok naczyń najgłębiej sieci naczyniowej.

Błona Descemeta była zupełnie prawidłową, prócz części obwodowych, w których znajdowały się dość znacznie rozwinięte zgrubiałości, w kształcie znanych brodawek. Przybłonek był zachowany; tylko jądra komórek miały brzegi mniej wyraźne i słabo zabarwiały się siniawcem. Wejrzenie zatem miały wymokłe, natomiast zwyrodnieniu nie ulegały. W miejscu odpowiedniem dolnemu brzegowi soczewki śródbłonka wcale nie było; w innych miejscach komórki jego często były oderwane od błony i znajdowały się już w warst-

wie skrzepu, który wypełniał komorę. W miejscu przejścia rogówki do białkówki, pomiędzy blaszkami błon było bardzo wiele komórek, naczynia krwionośne były bardzo szerokie i krwią wypełnione.

Grubość białkówki nieopodal brzegu rogówki wynosiła przeszło 0·7 mm., w pobliżu tylnego bieguna 1·4 mm. Liczba komórek w białkówce i naczyń ku tyłowi zmniejszała się stopniowo; w błonie żółtej *(lamina fusca)* komórki zawierały bardzo mało barwika. W przednim i tylnym pierścieniu granicznym Schwalbego znajdowały się obficie ziarnka barwika. W górnej połowie oka obwodowy pas tęczówki przytykał bezpośrednio do rogówki, przestworu więc Fontany wcale tu nie było. Przeciwnie, w dolnej połowie oka przestwór ten przedstawiał się w postaci bardzo szerokiego trójkąta, z prostym kątem przednim; jak wspomniałem już, w miejscu tem dolny brzeg soczewki zbliżał się do dna komory przedniej. We wspomnianym już wyżej kierunku ukośnym soczewka była unieruchomioną wskutek tego, że poniżej południka wielkiego gałki brzeg jej był z obu stron na nieznacznej zresztą przestrzeni zrosły z tęczówką. Właściwie torebka soczewki tworzyła fałd, który wsuwał się tuż za brzegiem źrenicznym do tylnej warstwy barwikowej i następnie zrastał się z tylną błoną graniczną tęczówki. Nieco później zobaczymy, że unieruchomieniu soczewki dopomagała poniekąd inna jeszcze okoliczność. Torebka soczewki i przybłonek jej były prawidłowe i tylko w dwóch miejscach torebka tworzyła wspomniane już fałdy; w obrębie ich ściany jej nie przytykały bezpośrednio do siebie, lecz oddzielała je warstwa substancyi skrzepłej. Próżnię torebki całkowicie wypełniała soczewka, która zachowała swą budowę włóknistą. Przybłonek torebki był dobrze zachowany. Wypukłość soczewki ku przodowi była znacznie mniejszą, niż ku tyłowi. Na torebce nigdy nie widziałem śladów oderwanych włókien obwódki Zinna.

W tęczówce zmiany były bardzo znaczne. Śródbłonek na przedniej jej powierzchni znajdował się tylko w bardzo niewielu miejscach. W przedniej warstwie granicznej komórki podścieliska zawierały zawsze pewną ilość barwika. W dolnej części gałki, wskutek odepchnięcia tęczówki poza soczewkę, powstały bardzo wyraźne i naprężone, zdążające od obwodowego pasa tęczówki do przedniego pierścienia sprężystego wyrostki tęczówki *(Irisfortsatze)*, cienkie, zespalające się ze sobą przegródki z włókienek, otoczonych dokoła komórkami, które często bardzo zawierały barwik. Zwieracz tęczówki, zwłaszcza w dolnej połowie, był zupełnie zanikły, chociaż nawet ku górze szerokość jego wynosiła tylko 0·6 mm., grubość 0·07 mm. Warstwa barwika siatkówkowego była zupełnie dobrze zachowana i wyglądała prawidłowo. Natomiast w podścielisku tęczówki, prócz wspomnianych już komórek przedniej jej warstwy, inne komórki były zupełnie prawie pozbawione barwika; komórki te miały bardzo długie wyrostki, za pomocą których łączyły się ze sobą, tworząc sieć o bardzo szerokich pętlach, położoną pośród masy zupełnie bezpostaciej warstwy cieczy skrzepłej, która wypełniała układ nadzwyczaj w danym przypadku rozszerzonych skrytek i przestworów tęczówki. Prócz zwykłych naczyń krwionośnych tęczówki o grubej błonie dodatkowej masę bezpostacią przecinały liczne naczynia o cienkich ścianach, otoczone również cienką, bo zwykle z jednej tylko warstwy śródbłonka złożoną, błoną dodatkową; naczynia te uważać należy za nowopowstałe. Początek brały one rzadziej od wielkiego koła tętniczego *(circulus iridis arteriosus major)*, zwykle zaś od naczyń białkówki, które w dolnej połowie gałki przechodziły przez przestwór Fontany.

Mięsień akomodacyjny miał budowę mięśnia oka nadmiarowego. Tkanka łączna w zgrubiałych wyrostkach rzęskowych była bardzo rozwinięta; w wielu miejscach w pobliżu naczyń znajdowały się spore zbiorowiska drobnych, okrągłych komórek. W błonie nadnaczyniówkowej komórki zawierały bardzo mało barwika; natomiast niezabarwionych komórek było bardzo wiele, układ zaś tkanek był nadzwyczajnie rozwinięty, zwłaszcza w przedniej części naczyniówki. Nietylko tęczówka i wyrostki rzęskowe, lecz i właściwa naczyniówka również była bardzo zgrubiałą i już zaraz za wyrostkami rzęskowymi grubość jej wynosiła przeszło 0·10 mm. a dalej ku tyłowi zwiększała się stopniowo tak, iż w pobliżu bieguna tylnego wynosiła już 0·7 mm., obok samego nerwu wzrokowego 1 mm. Naczynia były bardzo przepełnione krwią; w podścielisku znajdowały się bardzo nieliczne komórki barwikowe (barwika zawierały one zresztą bardzo mało), natomiast cała naczyniówka obfitowała we zwykłą, luźną, włóknistą tkankę łączną.

Co się tyczy siatkówki, ta, jak już wyżej nadmieniłem, w dolnej połowie gałki była oderwaną od naczyniówki. Tarcza nerwu wzrokowego była zagłębiona, włókna nerwowe w znacznej części zanikłe, natomiast dokoła tarczy, zwłaszcza ku dołowi, w warstwie włókien nerwowych dawał się spostrzegać znaczny bardzo rozrost tkanki łącznej. W pobliżu również tarczy widoczną była sprawa zapalna w naczyniówce i w siatkówce. Tak tkanka łączna, obficie znajdująca się w całej naczyniówce, niekiedy tworzyła znaczne wyniosłości, które podnosiły ku górze przyległą część siatkówki. Przybłonek barwikowy siatkówki przenikał do właściwej jej substancyi, w której jednakże w miejscach odpowiednich dostrzedz można było tylko chyba wewnętrzną warstwę jąder; wszystkie inne warstwy były niewidoczne, natomiast siatkówka była zwyrodniałą torbielowato, zwyrodnieniu zaś temu ulegały przeważnie warstwy jej wewnętrzne. Jednakże takie gniazda zapalne rzadko były większe nad 0·5 mm., było ich niewiele i znajdowały się zawsze w pobliżu samej tarczy. Dalej ku obwodowi, ku górze, siatkówka była w wielu miejscach o tyle zachowaną, że odróżniać się dawały nawet warstwy pręcików, czopków i komórek zwojowych. Jednakże w najlepiej nawet zachowanych częściach siatkówki w warstwach komórek zwojowych i włókien nerwowych spostrzegłem znaczny bardzo rozrost tkanki łącznej a włókna promieniste i ściany naczyń były zawsze zgrubiałe.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

W. Biegański: **Samodzielne skurczenie palców** *(contractura spontanea digitorum, retractio aponeuroseos palmaris)* Dupuytrena **jako sprawa odżywcza z przyczyn ośrodkowych** (ze szpitala N. M. P. w Częstochowie).

Pierwszy Dupuytren opisał samodzielne skurczenie się palców rąk, występujące przedewszystkiem u starców, w którem jeden lub kilka palców, zagiętych ku dłoni, nie daje się wyprostować w stawach między kością śródręcza a pierwszą i pierwszą a drugą falangą; staw natomiast między oboma końcowymi członkami pozwala na dość swobodne ruchy bierne. Według Dupuytrena badanie anatomiczne nie wykazuje w tych razach zmian żadnych ani w ścięgnach, ani w stawach, ani w skórze, która da się od powięzi ścięgnistej dłoni oddzielić zupełnie. Jedynie powięź ścięgnista jest cieńsza i krótsza a z niej wychodzą włókniste pasma podskórne, utrzymujące palce w zgięciu. Na podstawie tych danych uważał Dupuytren całą sprawę za wynik skrócenia powięzi, rozwijającego się na tle przewlekłej sprawy zapalnej w skutek działania powtarzającego się (n. p. przy pracy) ucisku na dłoń. Zapatrywanie D. dopiero w nowszych czasach podane zostało w wątpliwość; świadczy przeciw niemu okoliczność, że podobna sprawa chorobowa występuje także u osób, które nigdy rękami nie pracowały, że pojawia się nieraz symetrycznie, lub wprzód na ręce lewej, że może zajmować także powięź ścięgnistą podeszew nóg, że wreszcie spostrzegano ją u kilku osób tej samej rodziny. W przypadku autora zwracał uwagę zanik mięśni zginaczy kciuka i palca małego. Przy sekcyi nie można oddzielić było skóry od powięzi ścięgnistej

dłoni; zresztą znaleziono zmiany opisane przez Dupuytrena. Pomimo, że za życia żadnych zresztą zaburzeń czucia i ruchu nie można było wykazać, jeszcze przed śmiercią chorego przypuszczał B. możliwość pewnych, nie dających się bliżej określić zmian w rogach przednich rdzenia pacierzowego a to na podstawie symetryczności skurczenia palców, znacznego zaniku zginaczy palców wielkiego i małego tudzież skóry dłoni.

Badanie anatomiczne rdzenia kręgowego, wykonane przez Rychlińskiego w Warszawie wykazało głównie w obrębie dolnego odcinka części szyjnej i górnego piersiowej: *leptomeningitis chronica, gliomatosis in regione canalis centralis, syringomyelia parva, poliomyelitis anterior, endarteriitis proliferans.*

Zdaniem B., w podanym przez niego przypadku, po raz pierwszy połączonym z badaniem rdzenia pacierzowego, należy uważać sprawę chorobową za skutek zmian w tym ostatnim a to, jak B. przypuszcza, odnieść ją należy jedynie do zmian w komórkach rogów przednich. Czy istotnie takie przypuszczenie zdobędzie sobie prawo obywatelstwa w etyologii samodzielnego skurczenia palców, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze, podobne spostrzeżenia. *(Deutsche medicinische Wochenschrift* 1895. Nr. 31). *Dr. Ciechanowski.*

Higiena.

Schlichter: **Badanie i wybór mamki.**

Obecność odpowiedniego mleka i brak choroby ogólnej przewlekłej lub ostrej, są niezbędnymi przymiotami mamki, okoliczności zaś takie, jak wiek, rasa, czas rozwiązania, forma i kształt sutków i ich brodawek są drugorzędne.

Badanie chemiczne składu mleka u jednej i tej samej mamki wykazuje różnice w różnych porach dniach o wiele większe, niż są one w mleku różnych mamek z jednej pory dnia. To też dzieci karmione przez kilka mamek, gdzie więc pokarm jednego dziecka zmienia się z powodu zmiany mamek, chowają się nawet lepiej, niż karmione przez jednę i tę samą mamkę, co dowodzi, że odżywienie oseska zależy więcej od ilości, niż jakości mleka. Dlatego w razie, gdy osesek z początku nie udaje się u mamki, nie należy jej zmieniać, lecz przeprowadzić kilkakrotnie chemiczny rozbiór pokarmu i z tego oznaczyć, jak często i ile razy i jak długo ma dziecko ssać. Badanie sutków wykazać nam może: 1) stopień rozwoju gruczołów; 2) ilość wydzielającego się mleka, którą wtedy uważa się za dostateczną, gdy za uciskiem wydziela się kilku promieniami przez 20 do 30 sekund równa ilość mleka. Sztuczne nagromadzenie się mleka w sutkach przez dłuższe nie odciągnięcie jego rozpoznaje się: *a*) po rozszerzeniu i napięciu przewodów mlecznych; *b*) zbitości sutków; *c*) ich bolesności przy prawidłowem badaniu. Również brak pokarmu u mamki wykaże się, gdy zostawi się ją przez 2—3 godzin pod najściślejszą kontrolą, poczem bada się sutki.

Uwzględniając kształt piersi najwięcej mleka dają sutki walcowate i stożkowate; najlichsze są półkuliste, będące zwykle cechą pierworódek. Łatwość wypływania pokarmu z sutków jest bardzo ważna przy wyborze mamki w uwzględnieniu stanu oseska. Dziecko słabowite, przedwczesne, musi być karmione piersią, z której pokarm wypływa lekko i łatwo; błędem zaś byłoby dziecko silne przystawić do takiej mamki, bo po każdorazowem nassaniu wystąpią objawy niestrawności. Cechę tę wydzielenia mają sutki walcowate i stożkowate. Tablice Hahnera i Pfeiffera przedstawiają liczbowo ilość pokarmu dla oseska niezbędnego przy nassaniu się za każdym razem przez 23 pierwsze tygodnie. Ilość przyjętego przez dziecko pokarmu oblicza się przez ważenie oseska przed ssaniem i po ssaniu a mamka dostarczająca ze swych sutków takiej ilości pokarmu jest dla tego oseska odpowiednią.

Co się tyczy samej brodawki, to dzieci słabowite muszą mieć piersi o brodawce długiej i grubej; dzieci donoszone, prawidłowo rozwinięte mogą mieć pierś o brodawkach płaskich, grubych, guzowatych, rozłupanych, byleby nie była *papilla circumvallata obtecta*. Rozpoczynające się sprawy zapalne sutków wykluczają możność karmienia oseska.

Mamkę powinno się badać w najdrobniejszych szczegółach od głowy do stóp wedle przepisów klinicznych. Wiek, menstruacya, ilość przebytych porodów, rasa, nie mają prawie żadnego wpływu na dobroć mamki, jeżeli tylko odpowiada mamka dwom na wstępie wskazanym przepisom t. j. 1) ma dostateczną ilość pokarmu; 2) nie ma żadnej choroby ostrej ani ogólnej. Czas rozwiązania ma tylko w pewnych granicach równe z tamtymi przymiotami znaczenie a mianowicie mamka chcąca karmić oseska winna być nie mniej niż w 6. tygodniu, nie więcej niż w 5. miesiącu od rozwiązania, naprzód dlatego, iż mamka ma czas $1^1/_2$ miesięczny jako dostateczny do skrzepienia się po porodzie, możność ustania wydzieliny z sutków jest mniej prawdopodobna, objawy zaś kiły odziedziczonej u dziecka w tym czasie już się ukazują; karmienie oseska piersią mamki po pięciu miesiącach po rozwiązaniu jest rzeczą ryzykowną, gdyż i tak od niej wymagać należy okresu karmienia tego dziecka 8—10 miesięcznego. Miesiączkowanie nie oddziaływa szkodliwie ani na mamkę ani na dziecko a przypadłości żołądkowo-kiszkowe występujące podczas tego okresu u oseska uważać raczej należy za stan chorobowy dziecka. Tylko w przypadkach, gdy u mamki podczas miesiączkowania lub po niem wystąpi stałe zmniejszenie się ilości pokarmu, należy zmienić mamkę.

Dr. Bolesław Komorowski.

Fizyologia.

E. H. Schaefer (prof. w Londynie): **Wydzielanie wewnętrzne.**

Wydzielaniem wewnętrznem (*secretio interna*) nazywa autor wydzielanie do wnętrza, t. j. wydzielanie zmienionych w gruczołach i przez gruczoły soków organicznych do wnętrza w przeciwieństwie do wydzielania przez gruczoły płynów na zewnątrz właściwemi przewodami. Tak n. p. wydzielina wątroby na zewnątrz jest żółć, wydzieliną zaś jej wewnętrzną glikogen i mocznik. Właściwą wydzielinę na zewnątrz wątroby, t. j. żółć, można bez nadzwyczajnej szkody dla ustroju odprowadzić na zewnątrz, gdy wstrzymanie wydzieliny wewnętrznej sprowadziłoby wkrótce śmierć.

Do tego wydzielania wewnętrznego odnieść należy teoryę autotoksykacyi, według której przeznaczeniem danego gruczołu jest niszczyć substancye trujące, we krwi krążące; zniszczenie przeto takiego gruczołu prowadzi do nagromadzenia się we krwi substancyj trujących, dla organizmu szkodliwych.

Do takich gruczołów wydzielających wewnętrznie należą gruczoły bez przewodów odprowadzających, gruczoły o niejasnem jeszcze przeznaczeniu fizyologicznem, jak gruczoł tarczykowy *(glandula thyreoidea)*, grasica (*thymus*) i nadnercza. Zdaje się, iż gruczoły te wydzielają pewne substancye ze krwi, przerabiają je i tak przerobione znów do krwi doprowadzają.

Wyciąg z gruczołu tarczykowego nie działa w sposób widoczny na serce, zwalnia wszakże drobne tętniczki; natomiast wyciąg z grasicy podnosi znacznie czynność serca i zwęża drobne naczynia oraz powiększa ciśnienie krwi. Bardzo ciekawe i całkiem nowe rezultaty dały doświadczenia z wyciągiem nadnerczy. Wypada z nich, że część rdzenna tych gruczołów zawiera substancyą dyalityczną, organiczną, która rozpuszcza się w wodzie, nie ginie pod wpływem temperatury wrzenia wody i działa energicznie na mięśnie dowolne i mimowolne podniecając ich kurczenie się podobnie, jak weratryna. Substancya ta działa także na ośrodek tamujący czynność serca a znajdujący się w rdzeniu przedłużonym i opaźnia czynność serca, po przecięciu zaś nerwów błędnych przeciwnie powiększa czynność serca i liczbę jego uderzeń, przez co nadzwyczajnie podnosi się ciśnienie krwi w naczyniach, osobliwie obok równoczesnego skurczu pierwocin mięsnych w drobnych tętnicach. (Z obrad 63. Kongresu *British medical Association* w Londynie od 30. Lipca do 3. Sierpnia b. r.).

R.

Patologia doświadczalna.

F. Vidal i F. Bezançon: **Zakaźne zapalenie rdzenia pacierzowego** (*myelitis infectiosa*), **wywołane eksperymentalnie za pomocą paciorkowca.**

M. Marie zwrócił uwagę na zakaźne pochodzenie ostrych i przewlekłych zmian mózgordzeniowych; rozpoczęto badania w tym względzie. Wścieklizna była pierwszą z chorób, gdzie doświadczalnie wywołano u królików porażenia. Babiński i Charrin wywołali porażenia następnie przez szczepienie *bacillus pyocyaneus*, a Grancher, Martin i Ledoux-Lebard porażenia kończyn przez szczepienie gruźlicy ptaków, Gilbert i Lion zaś przez szczepienie gruźlicy ssawców.

Roux i Yersin otrzymywali porażenia u zwierząt przez wstrzykiwanie hodowli prątków błoniczych, lub samych tylko ich toksyn. M. Vincent obserwował u królika przypadek ostrej, dośrodkowej (*ascendante*) *myelitis*, wywołanej za pomocą prątków Ebertha z innym jakimś nieoznaczonym bliżej mikroorganizmem chorobotwórczym. Porażenia ogólne otrzymywali Gilbert i Lion za pomocą wstrzykiwania do żył zwierząt *bacterium coli commune* a także i *staphylococcus pyogenes aureus*.

Marchedi i Traversa wstrzykiwali sterylizowane hodowle paciorkowca żabom, świnkom morskim i królikom i otrzymywali porażenia z kurczami.

Vaillard i Vincent przez wstrzykiwanie paciorkowca królikom do krwi wywoływali porażenie symetryczne (*paraplegia*) tylnych kończyn z następowem zejściem śmiertelnem.

Roger paciorkowcem, którego jadowitość wzmocnił sztucznie, wywołał u królika postępowy zanik mięśni: anatomicznie znalazł zwyrodnienie komórek nerwowych w przednich rogach rdzenia pacierzowego.

Bourges u królików także przez szczepienie paciorkowca otrzymał *myelitis* z następowem porażeniem kończyn tylnych, porażeniem zdziergacza i zanikiem mięśni kończyn. Paciorkowiec według autorów jest tym mikroorganizmem, którego jadowitość najłatwiej się wzmaga i który u człowieka czynnym jest bardzo często, czy to jako pierwotna przyczyna samej choroby, czy też zakażenia następowego i to w tych stanach chorobowych, które najczęściej wikłają się z zapaleniem rdzenia pacierzowego. Autorzy też dlatego przedsięwzięli swe doświadczenia z tym pasożytem; szczepili 116 królikom 89 hodowli paciorkowca, którego jadowitość powiększali, hodując go w symbiozie z *bacterium coli commune*.

Na 116 użytych królików u siedmiu otrzymali porażenia, które rozwinęły się po szczepieniu w przeciągu 7miu dni do dwóch miesięcy. Dwa z tych siedmiu przypadków były zaszczepione paciorkowcem wyhodowanym z błon dyfterytycznych.

Wstrzykiwano po 1·5 cm.^{3} hodowli bulionowej podskórnie i do żył. W miejscu szczepienia powstawał zwykle obrzęk zapalny a w kilku przypadkach następowało podniesienie się ciepłoty z ogólnymi objawami. Przypadki te, w których wystąpiły porażenia, zakończyły się śmiercią; w kilku z nich wystąpiły porażenia równocześnie z objawami wywołanymi przez szczepienie, w innych zaś dopiero w kilka dni po ustąpieniu tych ostatnich a w niektórych porażenia, były dopiero pierwszą reakcya organizmu na szczepienie. Porażenia te występowały zwykle nagle, gwałtownie, u zwierząt nie okazujących żadnych zmian, pod wpływem jakiegoś przypadkowego bodźca zewnętrznego; autorzy zwracają uwagę, iż rolę takiego bodźca zewnętrznego, wywołującego wybuch choroby rdzeniowej u ludzi grają zaziębienie, zmęczenie fizyczne i t. d.; zmiany w rdzeniu już istnieją i dopiero jakieś przypadkowe zadraźnienie organizmu z zewnątrz wywołuje ich objawy. Porażenie u królików występowały albo jako czyste porażenie, albo jako porażenie z kontrakturami. W dwóch przypadkach kontraktury zajęły mięśnie wszystkich kończyn, karku i głowy tak, że przyszło do *opisthotonus*; w jednym zaś przypadku porażoną była jedna tylko kończyna tylna, czemu towarzyszyły zwalniające od czasu do czasu kontraktury w mięśniach prawej połowy całego ciała i *nystagmus*. Zwierzę żyło 13 dni, ciepłota przez ten czas wynosiła 41° C. Wszystkie zwierzęta, u których występowało porażenie, okazywały zanik mięśni obwodowych, rozwolnienie, *incontinentia alvi* i *retentio urinae*.

W czterech przypadkach badano rdzeń mikroskopowo.

Substancya szara rdzenia okazywała zmiany najwybitniejsze w okolicy zgrubienia lędźwiowego a tu najbardziej zmienione były komórki zwojowe rogów przednich; niektóre z nich uległy zziarnieniu, inne zwyrodnieniu szklistemu, zanikowi i t. d. Neuroglia i włókna nerwowe niewiele były zmienione. Bardzo wybitne zmiany były w naczyniach substancyi szarej; były one przepełnione krwią, ściany ich miejscami popękały i ztąd wybroczyny w substancyi rdzeniowej. Substancya biała rdzenia zmieniona była nieco więcej tylko w okolicy odpowiadającej u człowieka sznurom Golla i Burdacha. Zmiany powyżej opisane we wszystkich czterech rdzeniach badanych przez autorów były równe i różniły się tylko co do stopnia.

Z badań swoich autorzy wysnuwają następujące wnioski:

Myelitis wywołana doświadczalnie u zwierząt za pomocą paciorkowców występuje symptomatycznie albo jako postępowy zanik mięśni, albo jako paraplegia występująca ostro bez kontraktur lub z kontrakturami. Zmiany, które w tej eksperymentalnej *myelitis* zwierząt znachodzimy w rdzeniu, odpowiadają tym, które znajdujemy u ludzi w *myelitis* ostrej, uważanej za samodzielną. Podobne zmiany znajdujemy także w ludzkiej ostrej *myelitis* o tle swoistem, n. p. we wściekliźnie, kile i t. d. i do kompletnego obrazu zmian wywołanych przez tę ostatnią braknie tylko drobnokomórkowych nacieków kołonaczyniowych i przerostu neuroglii.

W doświadczeniach przeprowadzonych przez autorów mikroorganizmy nie osiedlały się wcale w układzie nerwowym i nic wykazano ich w rdzeniu ani za pomocą barwienia w preparatach ani za pomocą hodowli, choć dały się wyhodować ze krwi i z organów wewnętrznych; zmiany więc w rdzeniu zostały wywołane tylko przez działanie toksyn wytworzonych przez paciorkowce.

Autorzy oświadczają, że te ich badania nad *myelitis*, wywołaną przez mikroorganizmy rzucają pewne światło na ostre zmiany w rdzeniu pacierzowym u człowieka uważane za samodzielne.

Zakażenie paciorkowcem może być w objawach swych bardzo nieznacznem i przebiedz niepostrzeżenie i wywołać następnie ostrą zmianę zapalną w rdzeniu, uchodzącą za pierwotną. (*Annales de l'Institut Pasteur*. Tom IX. Nr. 2. 1895).

J. Nowak.

Choroby wewnętrzne.

H. Dürck: **Przypadek rażenia piorunem.** (Z zakładu patologicznego w Monachium).

Niewielka liczba opisanych dotąd przypadków rażenia piorunem a zwłaszcza mała cyfra wykonanych w tych razach sekcyj, skłoniły autora do ogłoszenia wyniku sekcyi robotnika zabitego uderzeniem pioruna w czoło, przy której znaleziono zmiażdżenie skóry ponad lewym guzem czołowym, rozległy krwotok podoponowy w obrębie płatów czołowego i skroniowego lewej półkuli mózgu, krew płynna w sercu i żyłach i przekrwienie bierne narządów brzusznych. Kości sklepienia czaszki nie były nigdzie naruszone.

Literatura przedmiotu, sumiennie przez autora zebrana, obejmuje w ogóle przeszło 130 przypadków w połowie śmiertelnych; sekcyę wykonano ledwo w 17 przypadkach. Nadto ogłosili Clowes, Nankiwele, Kratter i Messerer po jednem spostrzeżeniu śmierci przez rażenie prądem elektrycznym o napięciu 2000 do 3000 wolt a Kratter nadto wyniki doświadczeń na zwierzętach.

Z tych szczupłych danych wnosi autor, że śmierć z rażenia piorunem (lub silnym prądem) objawia się anatomicznie:

1) stale płynnością krwi;

2) często ograniczonym lub rozleglejszym krwotokiem z naczyń zmiażdżonych, znajdujących się na drodze prądu;

3) czasem zmiażdżeniem narządów, na drodze prądu będących;

4) zazwyczaj miejsca wejścia i wyjścia prądu przedstawiają płytsze lub głębsze rany skórne, noszące cechę ran oparzelinowych.

W przypadku autora przy sekcyi nie znaleziono już drzewkowatego rysunku na skórze, który miał się pojawić wnet po śmierci a który jako t. zw. *Blitzfiguren* opisują autorowie w przeważnej liczbie ogłoszonych przypadków. Stricker i Langerhans sądzili, że osobliwy ten rysunek odpowiada przebiegowi naczyń skórnych, Rindfleisch jednak wykazał, że odnieść go raczej należy do kierunku prądu, ponieważ nie zgadza się on z przebiegiem naczyń i przerywa się na fałdach skóry, utworzonych przez obcisłe ubranie. Autor sądzi, że dalsze dopiero spostrzeżenia rozstrzygnąć zdołają, czy rysunek ten można w ogóle wprowadzać w związek przyczynowy z działaniem prądu elektrycznego i czy może on stanowić jakąś cechę rozpoznawczą.

Szybkie gnicie zwłok osób rażonych piorunem należy według autora kłaść na karb gorącej pory, w której przypadki takie prawie wyłącznie się zdarzają, wszelkie zaś inne błąkające się w piśmiennictwie opowieści przypisać bujnej, dawniejszych zwłaszcza autorów wyobraźni. (*Munchener medicinische Wochenschrift* 1895. Nr. 31).

Dr. Ciechanowski.

Zapiski terapeutyczne.

108. S. West: Leczenie moczówki cukrowej azotanem uranowym (z posiedzenia *British medical Association*). Działanie fizyologiczne soli uranowych jest jeszcze bardzo mało znane; wiadomo tylko, iż sole te w dużych dawkach drażnią i wywołują białkomocz, tudzież glikozuryą.

Autor przekonawszy się na wielu osobach cierpiących na moczówkę cukrową, że azotan uranowy zmniejsza ilość moczu, ztąd i pragnienie i wpływa korzystnie na stan ogólny, postanowił systematycznie badać działanie rzeczonego przetworu w moczówce cukrowej.

W pierwszym przypadku, do tych doświadczeń użytym a tyczącym się mężczyzny 22-letniego, samo uregulowanie dyety i sposobu zachowania się w szpitalu sprowadziło ilość moczu z 7 do 5 pint (pinta = 0·57 litra) dziennie a % cukru z 8 na 6 do 7. Po użyciu azotanu uranowego w dawkach powoli powiększanych zeszła dzienna ilość moczu z 5 na 3 pinty a % cukru z 5 również na 3. Po zadawaniu przerzeczonego przetworu bez przerwy przez dwa miesiące w ilości około 15 ziarn angielskich (czyli mniej więcej jednego grama) po 3 razy dziennie, ilość cukru w moczu zmniejszyła się do 1%. Przestano zadawać azotan uranowy a ilość cukru podniosła się wkrótce do 5—6%; powrócono przeto znów do tego leku i zadając go po 7—8 ziarn (= $^1/_2$ grama) pięć razy dziennie zmniejszono ilość cukru w moczu do $^3/_4$ %. Po leczeniu w ten sposób przez cztery miesiące poprawił się znakomicie stan ogólny chorego a ciężar ciała powiększył więcej niż o 10 kilogramów. Dla doświadczenia przerwano znów zadawanie azotanu uranowego, poczem % cukru powiększył się znów do 7% a nawet w czasie Świąt Bożego Narodzenia doszedł do 10%.

Po ponownym powrocie do środka, o którym mowa, ilość cukru zeszła do $^1/_2$ %. Wśród używania po trzy razy dziennie 5 ziarn (= $^1/_3$ grama) opuścił chory szpital z 2 do 3% cukru w moczu, w doskonałym jednak stanie ogólnym.

Po 4 miesiącach ukazał się chory na nowo w szpitalu; cukru było wówczas znów 6 do 7%, które przez ponowne leczenie sprowadzono do 1%.

Bardzo podobne rezultaty otrzymał autor w dwóch przypadkach moczówki cukrowej u kobiet.

Z tych przeto spostrzeżeń wypada, że azotan uranowy zmniejsza naprzód ilość moczu, następnie i ilość cukru w nim zawartego, nie leczy wprawdzie moczówki cukrowej, ale łagodzi najważniejszy przypad chorobowy, t. j. zmniejsza wydzielanie się cukru moczem i to tak, jak tego nie robi żaden z używanych dotychczas w tej chorobie środków (*La Médecine moderne*. 28. Sierpnia 1895).

109. J. Comby: O przetworach bromu w chorobach dzieci (ze szpitala Trousseau w Paryżu). Przetwory bromu używane w terapii są: bromek potasu, sodu, amonu, strontu, rubidu, niklu, złota, kamfory, etylenu, etylu, chininy, bromoform, bromol.

Bromki alkaliów a w szczególności bromek potasu działają fizyologicznie w sposób wieloraki: prócz działania drażniącego na skórę i błony śluzowe, objawiającego się nawałem krwi, powiększeniem się wydzielin i osutkami, bromek potasu uspakaja i znieczula, zmniejsza mianowicie czułość błon śluzowych i wstrzymuje odruchy. W ten sposób można pojąć skuteczność bromku potasu w krztuścu.

Bromek potasu nadto osłabia czynność mięśni, zmniejsza energię ośrodków nerwowych i hamuje ruchy, działa także na władze psychiczne i serce, zwalnia tętno i wywołuje sen, prawdopodobnie przez zmniejszenie nawału krwi do mózgu.

W dawkach dużych może bromek potasu sprawiać bóle żołądka, rozwolnienie, krwotoki z nosa, prawdziwe porażenia, trądzik (*acne*), cuchnienie oddechu i nawet ogólne wyniszczenie.

Dlatego, jeżeli się zadaje bromek potasu w dawkach dużych, należy od czasu do czasu przerywać jego zażywanie.

Przetwory bromu a mianowicie bromek potasu są wskazane przedewszystkiem w chorobach układu nerwowego.

Niema lepszego nad bromki środka w padaczce (*epilepsia*) tak samodzielnej, jak i symptomatycznej.

Również działa dobrze bromek potasu w innych chorobach układu nerwowego u dzieci, łączących się z kurczami, jak rzucawce (*eclampsia*), porażeniu połowiczem kurczowem (*hemiplegia spasmodica*), w zapaleniu opon prostem lub gruźliczem w okresie podniecenia, w tężcu i tężyczce (*tetania*), kurczu głośni.

W histeryi należy ograniczyć zadawanie bromku potasu do przypadków z napadami bądź bardzo częstemi, bądź nader gwałtownemi.

Bromek skutkuje nieraz w pląsawicy i w niektórych formach mimowolnego oddawania moczu w nocy, podniecenia płciowego i samogwałtu.

Również dobrym jest środkiem bromek potasu w bezsenności nerwowej, bolach głowy w okresie wzrostu i z przyczyny nadmiernej pracy umysłowej, w których działa zapewne przez zmniejszenie nawału krwi do mózgu, dalej w kołataniu serca nerwowem, nieraz w krztuścu (kokluszu) i w moczówce tak prostej (*diabetes insipidus*), jak i cukrowej (*diabetes mellitus*).

Bromoform, zalecany w ostatnich latach przeciw krztuścowi, nie przebył jeszcze dostatecznie próby doświadczenia a w każdym razie użycie jego wymaga większych ostrożności, niż użycie bromku potasu lub sodu.

Przeciwskazanemi są bromki u dzieci osłabionych, znajdujących się w śpiączce, mających rozszerzenie serca, tętno słabe, przepuszczające i cierpiących na przypady ze strony przewodu pokarmowego.

Co do sposobu zadawania i wielkości dawki, pamiętać należy, iż w przypadkach z kurczami gwałtownemi lub częstemi, w mocnych bólach głowy nadają się przedewszystkiem dawki duże.

U dzieci ssących, nie mających roku, uważa J. Simon 20 centygramów bromku potasu za dawkę średnią, powyżej jednego roku życia 40 centygramów. Począwszy od drugiego roku życia można uważać za prawidło dzienną dawkę tylu gramów, ile lat ma dziecko, oczywiście dopóki lek rzeczony nie rozwinie swego działania uspokajającego.

Można także zadawać mięszaninę kilku bromków alkalicznych, n. p. *kalii bromati*, *natrii bromati*, *ammonii bro-*

mati āā 5·00, syrupi cort. aurantiorum 100·00, aquae destil. 200·00, i z tej mięszaniny zadawać co 2 lub 3 godziny aż do uspokojenia po łyżeczce od kawy, łyżce deserowej lub stołowej stósownie do wieku dziecka.

Bromek strontu zapisuje się w ten sam sposób, jak bromek potasu lub sodu.

Bromek złota zalecany przez Gouberta w padaczce i bolu głowy połowiczym (*hemicrania*) w ilości 3 do 6 miligramów dziennie w pigułkach nie wszedł w ogólne użycie.

Donath w Budapeszcie zaleca w padaczce bromek etylenu po 10—20 kropel dwa razy dziennie według przepisu:

Olei amygdalarum dulcium	*20·00*
Ethyleni bromati	*1·00*
Olei menthae	*guttas quinque.*

Bromek niklu, równie jak bromek etylenu, mało jeszcze wypróbowany zapisywać można dziennie po 30—40 centygramów.

Bromek kamfory (w formie cukierków, torebek lub płynu) po 10 centygramów 3 lub 4 razy dziennie u dzieci jest dzielnym dosyć środkiem przeciwkurczowym.

Do przepisywania bromoformu (w krztuścu i innych rodzajach kaszlu kurczowego) nadaje się przepis:

Rp. *Bromoformii guttas*	*15*
Alcoholi 90°	*5·00*
Syrupi tolutani	*120·00*

MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

Przeciw bezsenności u dzieci wszelkiego wieku działa bardzo dobrze połaczenie bromku potasu z chloralem, stanowiące zresztą podstawę przetworu wysławianego w Ameryce pod nazwą *bromidia;* przepis praktyczny byłby:

Rp. *Kalii bromati*	
Chlorali	*āā 6·00*
Exti cannabis indicae	
Exti hyosciami	*āā 0·05*
Aquae destil. q. s. ad	*32·00*

MDS. Przed spaniem zadawać po 20 kropel w łyżeczce od kawy syropu lub wody ocukrzonej.

Ażeby w przypadkach, gdzie długo przyjdzie zadawać bromek potasu, zapobiedz szkodliwemu działaniu na żołądek i wystąpieniu przewlekłem zatruciu bromem (*bromismus*), radzono połączyć w celu antyseptyki przewodu pokarmowego lek, o którym mowa, z naftolem.

Rady tej autor za praktyczną nie uważa, natomiast zaleca obok bromku potasu zadawać w małych ilościach dwuwęglan sodowy lub wodę Vichy (oddawna w tym celu używamy wody bilińskiej z bardzo dobrym skutkiem. Przyp. sprawozd. *Przeglądu lekarskiego*) albo dawać bromek potasu w mleku, jeżeli dzieci nie mają przeciw niemu wstrętu.

W padaczce zalecano bromek amonu i rubidu zawierający 34% pierwszego a 66% drugiego bromku w postaci: *ammonii et rubidii bromati 15·00, aquae destil. 200·000, syrupi menthae 100·00.*

Bromki alkaliczne zalecano w 5% rozczynie do inhalacyj w krztuścu.

Wodobromek chininy (*chininum hydrobromicum*) po 10 do 20 centygramów dziennie na rok dziecka jest bardzo szczęśliwem połączeniem chemicznem, zasługującem na użycie podobnie jak kozłkan chininy (*chininum valerianicum*) u dzieci nerwowych. Wodobromek chininy rozpuszcza się w wodzie łatwiej i więcej ma chininy, niż siarkan.

Wodobromek chininy można zadawać w czopkach (*suppositoria*), w lawatywach a wewnętrznie w rozczynie, do czego nadaje się dla łatwego rozpuszczania się w wodzie kombinacya z antypiryną:

Chinini hydrobromici	*2·00*
Antipyrini	*2·00*
Exti liquiritiae	*10·00*
Aquae destil.	*70·00*

Po 2 do 3 łyżeczek od kawy, deserowych lub stołowych stósownie do wieku.

(*La Médecine moderne* 28. Sierpnia 1895).

110. B. Brown (w Aleksandryi w Ameryce): **Sposób zapobiegania bliznom po ospie spływającej.** Ażeby niedopuścić powstawania blizn po ospie, zaleca B. obmywać często twarz wodą chlorową, nacinać na krzyż bardzo delikatnym nożykiem każdą krostę, wyciskać z niej treść i przemywać następnie 4‰ rozczynem nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*). W czasie między przemywaniami wodą chlorową dobrze jest pomazywać twarz maścią złożoną z ichtyolu, arystolu i eurofenu. (*La Semaine médicale* 28. Sierpnia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 3. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 34.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia na członka Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dra Stanisława Ciechanowskiego. Po obliczeniu głosów wybrany jednomyślnie.

3) Kol. Ponikło okazuje wykonane staraniem Dyrekcyi szpitala św. Łazarza tablice objaśniające rozdział chorych leczonych w krajowym szpitalu św. Łazarza i w szpitalu św. Ludwika w r. 1894, których ostatniem miejscem zamieszkania był Kraków lub najbliższa jego okolica, na dzielnice miasta, względnie gminy przedmiejskie.

4) Kol. Jakubowski przedstawił sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną z przebiegu błonicy (drukowane w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 17.). W dyskusyi zwraca kol. Rydygier uwagę, że z ostatnich 4 latach, gdy zaczęto używać intubacyi, procent śmiertelności wynosił 44 a nie 52; byłoby więc polepszenia 10% a nie 18%. Kol. Jakubowski wyjaśnia, że postępuje tak, jak i inni autorowie; uwzględniając zaś poprawę procentu śmiertelności w ostatnich latach wskutek używania intubacyi, rzeczywiste polepszenie przy używaniu antytoksyny wyniosłoby 10%.

Kol. Słapa. Inni autorzy odliczają te przypadki, które zakończyły się śmiercią po injekcyi przed 24 godzinami, gdyż do tego czasu surowica działania swego nie rozwija; gdyby kol. Jakubowski tak samo obliczał, to procent jego byłby jeszcze lepszy.

W dyskusyi oświadcza kol. Nowak, że ze sprawą surowicy łączy się także kwestya swoistości prątka Loefflerowskiego dla błonicy, ostatecznie jednakże jeszcze nie rozstrzygnięta. W ostatnim czasie wystąpił przeciw tej swoistości Hansemann, który odmawia prątkom Loefflerowskim udziału w wytwarzaniu błonicy, bo prątki te znajdują się nietylko u osób dotkniętych błonicą, ale i u osób cierpiących na inne, lżejsze cierpienia gardła a także, co ważniejsza i na błonie śluzowej gardła osób zupełnie zdrowych, osoby te zaś otoczenia swego mimo to nie zarażają; dalej często niema ich, właśnie u osób cierpiących na błonicę. Zdarzają się przypadki, że choroba wybuchnie a prątek zjawia się dopiero w kilka dni potem na chorobowo zmienionej błonie śluzowej a znów po ukończeniu choroby można go na niej przez dłuższy czas wykazać. Na zwierzętach nie wywołuje ów prątek typowych objawów dyfteryi a porażenia sztucznie u zwierząt za pomocą niego otrzymane, różnią się dość znacznie od porażeń występujących u dzieci po błonicy. Przemawiający dodaje, iż zresztą takie samo porażenie można u zwierząt wywołać i za pomocą różnych innych mikroorganizmów, n. p. Vidal i Bezançon otrzymywali je za pomocą streptokoków. Przytem prawie nigdy nie znachodzi się w produktach zapalnych w błonicy tylko prątków dyfterytycznych; jeśli się znajdzie, tylko zawsze w towarzystwie innych drobnoustrojów a najczęściej i prawie z reguły paciorkowca. Niektórzy też autorzy, jak Baumgarten i Ricker uważają go za przyczynę błonicy a znaną jest rzeczą, jak łatwo w pewnych okolicznościach mikroorganizm ten staje się bardzo jadowitym. Klinicy chcą mu przyznać tylko rolę w powikłaniach błonicy, prawdopodobnie jednakże wydaje się, iż odgrywa on także rolę przyczynową w etyologii błonicy. Za tem przemawia ta okoliczność, iż się go prawie stale znajduje w błonach dyfterytycznych i to nietylko na powierzchni, ale i w głębi błony śluzowej, zkąd bardzo często dostaje się do krwi, jak

to przemawiający sam miał sposobność stwierdzić na kilkunastu przypadkach przez siebie badanych.

Prawdopodobnem więc jest, że błonica jest cierpieniem wywoływanem przez assocyacyę kilku mikroorganizmów, między któremi znajdzie się i streptokok i prątek Loefflera obok innych, bliżej nam jeszcze nieznanych czynników. O ile przemawiający nie może się zgodzić na apodyktyczne rozstrzygnięcie sprawy, że wykryty przez Loefflera prątek wywołuje błonicę, o tyle zgadza się z Raczyńskim w zdaniu, że błonica jest pewnego rodzaju zakażeniem mięszanem z rozległym udziałem paciorkowca.

Co do poruszonej sprawy terapii za pomocą surowicy uodparniającej, to przemawiający, oparty na doświadczeniu sekcyjnem, nie widział takich, jak to oświadczył kol. Jakubowski, żadnych szczególnych powikłań w zwłokach po leczeniu surowicą: obrazy sekcyjne były takie, jak zwykle w błonicy. Częściej może nieco zdarzało mu się teraz spotkać na stole sekcyjnym bronchopneumonię ropną w przebiegu błonicy, lecz to wprost ztąd pochodzi, iż w ubiegłym roku sekcyj dzieci zmarłych na błonicę było o $^1/_3$ więcej, co ma znów źródło w większej liczbie chorych na błonicę, przyjętych do szpitala św. Ludwika. (Sprawozdanie własne).

Kol. Raczyński: Gdybym chciał szczegółowo roztrząsać przemowie kol. Nowaka, musiałbym powtórzyć to wszystko, co wyrzekłem na zaprzeszłem posiedzeniu Towarzystwa w *uwagach klinicznych i bakteryologicznych nad błonicą*; jedno tylko mogę jeszcze dodać, że gdybyśmy odmówili prątkowi Löfflera przypisywanego mu znaczenia, nie moglibyśmy wytłómaczyć wielu doświadczeń wykonanych w ostatnich czasach. I tak n. p. jak wytłómaczyłby kol. Nowak okoliczność wykazaną przez Eschericha i Klemensiewicza w Gracu a całym szeregiem doświadczeń przez Orłowskiego stwierdzoną, że krew dzieci, które przebyły błonicę, posiada pewne, nawet dosyć znaczne własności immunizacyjne, t. j. że posiada własności krwi zwierząt sztucznie toksynami prątków Löfflera immunizowanych a więc działanie antytoksyczne dla toksyn prątków Löfflera? To już w żaden inny sposób wytłómaczyć się nie da, tylko przez przyjęcie, jeśli nie wyłącznego udziału, to przynajmniej współudziału prątków Löfflerowskich w błonicy pierwotnej. Ten więc dotąd niczem niezaprzeczony dowód w zestawieniu z tem, co poruszyłem w swym odczycie, uprawnia do przyjęcia, że jakkolwiek może w stosunku błonicy do prątka Löfflerowskiego niejedna okoliczność wymaga jeszcze wyjaśnienia, to przecież udział i wielkie znaczenie prątka Löfflerowskiego dla błonicy pierwotnej musimy uważać za udowodniony. (Sprawozdanie własne).

Kol. Słapa: Kol. Nowak występuje z takimi samymi mniej więcej zarzutami, jakie poczynił Hanseman, asystent Prof. Virchova, przed kilku miesiącami, z okazyi rozstrząsania nowego sposobu leczenia błonicy w Tow. lekarskiem w Berlinie. Kwestya swoistości prątka Löfflera to główny i jedyny punkt zaczepienia; podanie w wątpliwość stosunków, które rozjaśniają nam etyologię i patogenezę błonicy, prowadzi za sobą koniecznie wątpliwość co do słuszności i skuteczności opartego na okolicznościach leczenia.

Jednym z najważniejszych zarzutów, które robi kol. Nowak, jest, że prątek błoniczy znajduje się nietylko na błonach śluzowych osób dotkniętych błonicą, lecz także zdołano go wykazać u osób zupełnie zdrowych, jakoteż u takich, które przebyły błonicę.

Zarzut ten, na pozór przekonywający, traci wiele z wartości swej dowodowej, właśnie wobec badań Behringa, Rouxa i Eschericha nad odpornością wrodzoną i nabytą, tak u ludzi jak i zwierząt, dalej wobec tego, że eksperymentalnie do wywołania błonicy za pomocą prątka Löfflera, koniecznem jest wprowadzenie tkanki, na powierzchni której usiłujemy wywołać błonicę, w stan nieprawidłowy, wreszcie wobec zmiennego stopnia jadowitości prątka. Aby prątek Löfflera wywołał błonicę, konieczną jest wysoka jadowitość prątka samego, brak zupełny lub nieznaczna tylko odporność danego organizmu, wreszcie nieprawidłowy stan tkanki, na której prątek się osiedla i zkąd rozwija swe ogólnie toksyczne działanie. Brak któregokolwiek z tych warunków sprawia, że pomimo obecności prątka nie rozwija się sprawa błonicza. Odpowiedź na drugi zarzut, że nie każdą sprawę, anatomicznie do błonicy podobną, wywołuje jedynie prątek Löfflera, jest krótka. Błonicą w ścisłem słowa tego znaczeniu, nazywamy sprawę chorobową, wywołaną obecnością prątka Löfflera; żadnej innej zaś sprawy chorobowej, chociaż anatomicznie do błonicy podobnej, jeśli nie można w niej stale wykazać prątka swoistego dla błonicy, za prawdziwą błonicę nie można uważać.

Kwestya spółdziałania innych prątków a w szczególności paciorkowców stanowi w przemówieniu kol. Nowaka trzeci zarzut przeciw swoistości wyłącznej prątka Löfflera.

Badania Dornbergera wykazały stałą obecność paciorkowca w jamie ust dzieci zdrowych. Wobec badań tych nie może być dziwnem, że w błonach wrzekomych w przebiegu błonicy się wytwarzających, paciorkowiec tak często towarzyszy prątkom Löfflera. Że paciorkowiec może być przyczyną powikłań w przebiegu błonicy, to nie ulega wątpliwości. Sprawa błonicza prowadzi do zniszczenia powierzchownych warstw błony śluzowej, tem samem otwiera bramy dla następowej infekcyi; obecny paciorkowiec ma wszelkie warunki do wtargnięcia w głębsze warstwy tkanki lub do krwi i rozwinięcia tamże swego szkodliwego działania.

Wreszcie ostatni zarzut, że niejednokrotnie zmiany anatomiczne w postaci błon wrzekomych istnieją a dopiero badanie bakteryologiczne po kilku dniach wykazuje obecność prątka Löfflera.

Przykład niech posłuży za odpowiedź: Dziecko dostaje typowej błonicy z charakterystycznemi zmianami w gardle (*angina necrotica*), nie mającemi nic wspólnego z błonicą prawdziwą. Po kilku dniach do zmian w gardle w przebiegu szkarlatyny przyłącza się błonica. Badanie bakteryologiczne w pierwszych dniach choroby całkiem nie wykazuje prątka Löfflerowskiego, badanie jednakże w kilka dni później, w okresie powikłania błonicą, wykaże obecność prątka Löfflera. Zdaniem kol. Słapy swoistość prątka Löfflera nie ulega wątpliwości a nowym dowodem tego przyłączającym się do całego szeregu dawniejszych, jest właśnie leczenie surowicą na swoistości tej oparte. (Sprawozdanie własne). Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Września 1895 r.

— Ministerstwo oświaty w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych zamianowało dla ścisłych egzaminów lekarskich, w roku szkolnym 1895/6 w Uniwersytecie Jagiellońskim odbywać się mających komisarzem rządowym lekarza powiatowego Dra Gustawa Bielańskiego, jego zastępcą dyrektora szpitala św. Łazarza profesora Dra Stanisława Poniklę, koegzaminatorem w drugim rygorozum lekarskiem Dra Franciszka Murdzieńskiego, jego zastępcą prof. Dra Macieja Leona Jakubowskiego, koegzaminatorem w trzecim egzaminie lekarskim prof. Dra Antoniego Marsa, jego zastępcą prof. Dra Rudolfa Trzebickiego.

— Rządowy zakład produkcyi surowicy przeciwbłoniczej przy szpitalu Rudolfa i przy szpitalu Cesarza Franciszka Józefa w Wiedniu uzyskał pozwolenie na warunkową sprzedaż tej surowicy własnego wyrobu także lekarzom prywatnym i aptekarzom, zwłaszcza w razie wystąpienia epidemicznie błonicy w jakiej miejscowości, jednakowoż tylko w miarę zapasów i większej jej produkcyi i po zaspokojeniu potrzeb szpitalnych. Cena jednej dawki 1 zlr. 40 ct.

— Jak energicznie a jak się pokazuje, i skutecznie walczą w Norwegii i Szwecyi z alkoholizmem, świadczy okoliczność, iż w żadnej gminie nie wolno sprzedawać napojów wyskokowych, jeżeli na to nie zgodzi się w osobnem głosowaniu większość członków gminy liczących więcej niż 25 lat i to bez różnicy płci. Jeżeli zapadnie uchwała dozwalająca sprzedaży, obejmuje ją nie prywatna osoba, ale Towarzystwo osobno w tym celu utworzone, któremu wolno pełnić swą czynność tylko w dnie powszednie od 8. rano do 5. po południu i które cały czysty dochód ze sprzedaży oddaje na cele dobroczynne w gminie.

— W zakładzie pasteurowskim szczepienia ochronnego wścieklizny w Wiedniu, otwartym w Sierpniu roku zeszłego, leczono do końca Czerwca r. b. 83 osoby pokąsane wyłącznie przez psy wściekłe lub o wściekliznę podejrzane. Dwie osoby usunęły się z obserwacyi podczas szczepienia; pozostało zatem 81 szczepionych systematycznie, z nich było 13 z Austryi dolnej, 43 z Czech, 7 z Morawii, 6 ze Styryi, 6 z Galicyi, 2 ze Szląska austryackiego, 1 z Egiptu, 2 z Węgier i 1 ze Szląska pruskiego. Ponieważ sprawozdanie dyrektora zakładu prof. Paltaufa nie wspomina o żadnym przypadku śmierci, wnosić należy, iż ze szczepionych nikt nie umarł. Ze zwierząt, które pokąsały osoby leczone w zakładzie, o którym mowa, wykazano u 89·28% na pewno wściekliznę.

— Pewien żołnierz armii francuskiej w Algierze, mający zmiany kiłowe w ustach zaszczepił kiłę 7 swoim towarzyszom w ten sposób,

iż przy tatuowaniu ich skóry tuszem chińskim używał śliny częścią do rozrabiania farby, częścią do zwilżania igieł właściwych. U tatuowanych tym sposobem kiła przebiegała w sposób zwykły.

— W Krefeldzie stawał temi czasy przed sądem karnym oskarżony o lekkomyślne zabójstwo lekarz, który dziecku cierpiącemu na na porażenie poblonicze wstrzykiwał pod skórę strychninę w takiej ilości, iż nastąpiła śmierć w 10 minut po ostatniem wstrzyknięciu; skazano go na trzy miesiące więzienia.

— Cholera. Według urzędowych sprawozdań od 11. do 17. Sierpnia zachorowało na cholerę azyatycką w gubernii wołyńskiej 2025 a umarło 718 osób. W Warszawie zaszedł przypadek cholery azyatyckiej, zakończony śmiercią u handlarza owiec przybyłego z Wołynia. W Tarnopolu pojawiają się ciągle przypadki cholery, dotychczas przeważnie wśród ludności izraelickiej.

— Laboratoryum pasteurowskie w Sztutgarcie rozesłało w roku 1894., plerwszym swej czynności szczepionki przeciw róży u 7847 prosiąt a przeciw wąglikowi u 2200 owiec, 2215 wołów i 4 koni. Średnia śmiertelność wynosiła w oborach, w których teraz używają szczepionek wymienionych, u prosiąt 30—40%, u owiec 20—25%, u wołów 10—20% a zeszła po szczepieniu u prosiąt na 0·57%, u owiec na 0·38%, u wołów na 0·05%.

Są to wymowne cyfry, świadczące o olbrzymiej wartości nie tylko naukowej, ale i ekonomicznej odkryć Pasteura.

— Wiadomo, iż jeż jest prawie zupełnie odpornym na jad żmii i że ta odporność jest u niego 35 do 40 razy większa, niż u świnki morskiej tak, że jad zawarty we właściwych gruczołach jednej żmi nie wystarcza do jego zabicia

Otóż Phisalix i Bertrand podali do wiadomości na ostatniem posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego, że świnka morska po wstrzyknięciu jej podskórnem krwi jeża ogrzanej do 58° C. może bez żadnej szkody dla siebie znieść zaszczepienie jadu żmii w ilości dwa razy większej od dawki śmiertelnej; z tego wnoszą oni, że we krwi jeża znajduje się substancya immunizująca go przeciw jadowi żmii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 35. A. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej nerek. L. Dydyński: Przypadek gumatu syfilitycznego na podstawie mózgu. B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. — W *Medycynie* Nrze 35. S. Dobrucki: Przyczynek do tak zwanej zgorzeli karbolowej (dokończenie). B. Korybut Daszkiewicz: Przypadek braku macicy (*defectus uteri*). — W *Przewodniku higienicznym*, zeszycie sierpniowym: P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw (ciąg dalszy).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 14. Września 1895 r. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
[illegible]

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Wprowadzanie cewnika do moczowodów sposobem Nitzego.

Według skróconego przemówienia na VII. Zjeździe chirurgów polskich.

Podał

Prof. Rydygier.

Panowie! Jak ważna jest dla chirurga znajomość miejsca, w którem wzdłuż przewodu moczowego zmiany chorobowe się rozwijają, każdy z nas wie dobrze; niemniej jednak są nam znane trudności, które aż do ostatnich czasów stawały w drodze dokładnemu w tym względzie rozpoznaniu. Już pewne oznaczenie w danym przypadku, zkąd się krwotok lub ropienie bierze, czy z pęcherza, czy nerek, natrafiało nieraz na nieprzezwyciężone trudności. Aż nadto liczne znane są przypadki z literatury nawet ostatnich lat, w których mimo udoskonalonych sposobów badania klinicznego zdarzały się w tym względzie grube omyłki. Nam chirurgom przedewszystkiem wiedzieć trzeba, czy choroba zajęła pęcherz, czy moczowody, czy nerki; jeżeli zaś te ostatnie, to wyśledzić musimy, czy obie, czy jednę tylko i którą z nich a druga czy istnieje i jest w stanie za dwie pracować.

Nic więc dziwnego, że chirurg wycinając nerkę *per laparotomiam* starał się i dziś się stara ręką wprowadzona do jamy brzusznej obmacać nerkę drugą, żeby się przekonać o jej stanie. Lawson-Tait i Thorton radzili nawet wykonywanie laparotomii wprost jako środek rozpoznawczy. Słusznie jednak nie przyjęło się takie postępowanie, raz dlatego, że zawsze to zabieg zapoważny a powtóre nawet niepewny, bo u otyłych ludzi nie zdołamy nieraz ani oznaczyć wielkości badać się mającej nerki a tem mniej wyśledzić delikatniejszych zmian w jej miąższu. To też Czerny chce, żeby po odsłonięciu chorej, wyciąć się mającej nerki, zacisnąć jej moczowód i następnie zbadać mocz zbierający się z drugiej nerki w poprzednio oczyszczonym pęcherzu. Żeby czemprędzej przyjść do celu, radzi Gluk w czasie tym wstrzyknąć podskórnie jodek potasu, dający się prędko wykryć w moczu, co w razie dodatnim świadczyłoby o obecności i sprawności drugiej nerki. Iverson radzi wykonywać cięcie nadłonowe (*sectio alta*), żeby się albo wprost przekonać wzrokiem, z którego moczowodu wypływa mocz zmieniony, albo po wprowadzeniu cewnika do moczowodu oddzielnie zbadać mocz z jednej i drugiej nerki. Aczkolwiek *sectio alta* jest zabiegiem niewątpliwie poważnym, znalazł Iverson naśladowników. Harrison radził z cięcia międzykroczowego wprowadzić cewniki do moczowodów, co jednakowoż jest rzeczą trudniejszą a wobec przerostu prostaty często wcaleby się nie udało.

U kobiet Hegar odszukuje moczowody z nacięcia w przedniem sklepieniu i podczas badania czasowo raz jeden, to drugi podwięzuje. Emmet przecina przegrodę pęcherzowo-pochwową i tędy odsłania sobie ujście moczowodów pęcherzowe.

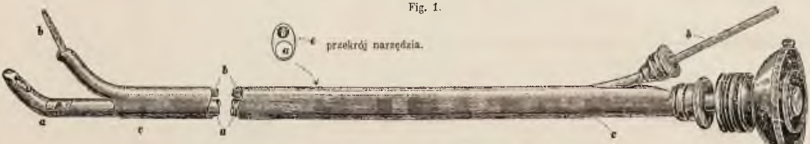
Niekrwawych sposobów dążących do tego samego celu mamy nie mniejszą liczbę. H. Fenwick zalecał oczko specyalnie wygiętego cewnika przycisnąć do ujścia moczowodu tak, żeby tylko z odpowiedniej nerki mocz wypływał na zewnątrz i mógł zostać zbadanym. Jak niepewny taki sposób, każdy pojmie. Silbermann chciał znów oczko cewnika tak przyłożyć do ujścia, żeby balonik gumowy wydęty za pomocą żywego srebra przez to oczko zacisnął moczowód a do pęcherza zbierałby się mocz tylko z drugiej nerki; sposób bezwątpienia niepewniejszy, niż poprzedni. Tuchmann podał osobne kleszczyki do zaciskania ujścia moczowodów, sposób i niepewny i nie bez niebezpieczeństwa. Ebermann chciał ujście moczowodu zacisnąć kleszczykami, których jedno ramię wprowadzać się miało do pęcherza, drugie do odbytnicy, również niepewny sposób. Sands radzi palcami wprowadzonymi do odbytnicy zacisnąć moczowody. Hegar, Sänger i inni to samo osiągnąć zamierzali za pomocą okłu-

cia i tymczasowego podwiązania moczowodów w przedniem sklepieniu tam, gdzie ich przebieg rysuje się wyraźnie.

Żaden z tych sposobów nie znalazł obszerniejszego zastósowania, jak go nie znalazły dawniejsze próby kateteryzowania moczowodów. Już Simon wprowadził do moczowodu cienką metalową sondę po rozszerzeniu cewki moczowej palcem. Newman wprowadził przez tak rozszerzoną małą cewkę lampkę elektryczną, żeby tym łatwiej ujście odszukać. Grünfeldowi udało się za pomocą swego cystoskopu u kobiety wprowadzić sondę do ujścia, u mężczyzny nie zdołał tego dokazać. Nareszcie Pawlik trzymając się rysunku, jaki widać na przedniej ścianie pochwy, tam gdzie przechodzą moczowody skośnie przez ścianę pęcherza, wykształcił metodę, za pomocą której przy swej nadzwyczajnej

Jak Panowie widzicie, składa się ten przyrząd z zwyczajnego cystoskopu, do którego dodano u góry rynienkę mającą służyć do przeprowadzenia i nadania należytego kierunku cewnikowi moczowodowemu (zob. figurę 1.); dlatego rynienka ta jest ruchomą na cystoskopie. Przy wprowadzaniu dziób tej rynienki przykłada się do dzioba cystoskopu. Po wprowadzeniu cofamy nieco rynienkę i skręcamy w bok, żeby odszukać ujście moczowodu. Następnie nadajemy dziobowi rynienki taki kierunek, że wypchnięty z niego kateter posuwa się właśnie w kierunku przebiegu moczowodu przez ścianę pęcherza (zob. figurę 2.). Wpychając cewnik z lekka coraz głębiej, można go wprowadzić aż do miedniczki nerkowej. Po wypływaniu moczu kroplami poznajemy, że cewnik znajduje się w moczowodzie a właściwie w miedniczce.

Fig. 1.



a zwyczajny cystoskop. *b—b* cewnik moczowodowy.

zręczności zdołał w każdym przypadku u kobiet wprowadzić stały cewnik do moczowodu bez poprzedniego rozszerzania cewki i bez oświetlania. U mężczyzn tego sposobu naturalnie stósować nie można.

Po wynalezieniu cystoskopu Nitzego rozpoczęto próby, żeby obok cystoskopu wprowadzić cewnik. Brenner, Poirier i Boisseau du Rocher sposób ten stósowali już przed Nitzem, przeważnie jednak na trupach, chociaż Poirierowi udało się także dwa razy u żyjącego mężczyzny za pomocą swego cystoskopu wprowadzić cewnik do moczowodu. Dopiero jednak prace Nitzego i Caspra nadały praktyczną wartość temu sposobowi i oni to za pomocą swoich narzędzi uczynili ogółowi lekarzy ten sposób badania przystępniejszym a spór ożywiony z L. Casprem jeszcze bardziej zwrócił na tę sprawę ogólną uwagę.

Już zwyczajny cystoskop dozwala nam na pewno rozstrzygnąć, czy pęcherz jest ogniskiem choroby czy nie; obserwnjąc dokładnie ujścia moczowodów, możemy też bardzo często rozpoznać, która nerka jest zajęta, czy n. p. mocz krwawy wydziela się z lewego czy prawego moczowodu. Nie tak pewnie rozstrzygniemy, z którego ujścia wypływa mocz zmięszany z niewielką tylko ilością ropy. Tem mniej możemy się w ten sposób dowiedzieć o chemicznym składzie moczu z każdej nerki oddzielnie. Również nie możemy zwyczajnym cystoskopem rozstrzygnąć kwestyi, czy moczowód, czy też nerka jest zajęta, chyba że przyczyna cierpienia znajduje się tuż przy ujściu moczowodu do pęcherza.

To też jako rzeczywisty postęp w rozpoznawaniu i leczeniu chorób dróg moczowych powitać należy wynaleziony przez Nitzego[1]) cystoskop do kateteryzowania moczowodów.

[1]) Nie wchodzę wcale w spór Nitzego z Casprem, bo nie ulega wątpliwości, że Nitze teraz dopiero podał przydatne do badania moczowodów narzędzie a jest rzeczą obojętną, czy przed nim raz lub dwa razy Poirier zdołał wprowadzić kateter do moczowodów u żywego mężczyzny. Również nie ulega wątpliwości, że Nitzemu należy się pierwszeństwo przed Casprem.

Chcąc wyjąć cystoskop, cofamy go powoli a równocześnie wpychamy cewnik moczowodowy nieco głębiej. Po wyjęciu cystoskopu zostawiamy cewnik dopóty, dopóki dostateczne ilości moczu do chemicznego zbadania nie zbierzemy. Wprowadzając cewnik do moczowodu, zarazem możemy wyśledzić,

Fig. 2.



czy są w nim zwężenia lub ciała obce. O ile okaże się ten przyrząd skutecznym do usunięcia tych cierpień, pouczyć nas może dopiero dalsze doświadczenie.

Rozumie się, że trzeba pewnej wprawy do wprowadzania tego przyrządu, jak przy wszystkich tego rodzaju narzędziach.

II. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał
Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W oderwanej części siatkówki nie było ani śladów uwarstwienia; była ona znacznie cieńszą i zupełnie przeistoczoną w tkankę łączną, naczyń wcale prawie w niej nie było. Rzeczą godną jest uwagi, iż odpowiednio średnicy pionowej ku dołowi oderwanie dochodziło nietylko do rąbka zębatego, lecz nadto była również oderwaną na pewnej przestrzeni, prawie do początku wyrostków rzęskowych część rzęskowa siatkówki, wskutek czego wyżej rąbka powstawał jakby trójkąt, zwrócony wierzchołkiem ku górze i ku wnętrzu. Jednakże komórki części rzęskowej siatkówki w oderwanych i nieoderwanych jej częściach zawsze były zupełnie dobrze zachowane; tylko począwszy od rąbka przez całą obrączkę do początku wyrostków od wewnętrznej powierzchni przyłączała się do rzęskowej części dość prawidłowa warstwa wrzecionowatych komórek, ułożonych tylko we dwa rzędy, których jądra podługowate zawsze miały kierunek podłużny.

Co się tyczy przybłonka barwikowego, ten w obrębie tęczówki, wyrostków rzęskowych a nawet obrączki rzęskowej (prócz oderwanej części *pars ciliaris retinae*) był zupełnie dobrze zachowany. W obrębie oderwanej części właściwej siatkówki, zatem w całej prawie dolnej połowie gałki, wcale go nie było. W górnej połowie, w bardzo niewielu tylko miejscach był on zachowany w prawidłowem połączeniu z siatkówką, jakkolwiek komórki jego zawierały mniejszą znacznie ilość barwika. W ogóle w miejscach, gdzie zanikły pręciki i czopki, brakowało również przybłonka barwikowego, lecz nawet w miejscach, gdzie utwory te dawały się jeszcze spostrzegać, bardzo często na znacznej przestrzeni przybłonek barwikowy oddzielała od pozostałej siatkówki cienka warstwa skrzepłej cieczy.

W ciele szklanem, pod powłoką jego, znajdowały się bardzo liczne komórki, które najczęściej kształt miały pierścieni. Nadto pomiędzy wierzchołkami wyrostków rzęskowych rozpięta była błona, która przytykała do tylnej powierzchni zwichniętej soczewki, wszelako dodać muszę, tylko w okolicy wyżej tylnego bieguna soczewki położonej, gdyż gdzieindziej błonę oddzielała od soczewki warstwa skrzepłej cieczy białkowej. Byłato powłoka ciała szklanego, lecz tylko znacznie zgrubiała; nadto na całej jej powierzchni znajdowała się siatka barwikowych, lecz z bardzo małą ilością barwika komórek o bardzo długich wyrostkach, które się ze sobą łączyły; niektóre z tych komórek wcale zresztą nie zawierały barwika. Jak już wyżej wspomniałem, niezależnie od zrośnięcia torebki soczewki z tęczówką, błona ta również wpływać mogła poniekąd na unieruchomienie soczewki w pewnem jej położeniu.

Co się tyczy obwódki Zinna, włókna jej brały początek mniej więcej o 1·5 mm. ku przodowi od rąbka zębatego; kierunek miały prawidłowy i wyglądały jako grube włókna o kierunku prostym, nigdy falistym. Jednakże przy barwieniu fuksyną mniej wyraźnie, niż w pierwszym przypadku wyróżniały się one od części otaczających. Mianowicie na jasno fiołkowem tle występowały nie jaskrawo czerwone, lecz raczej brudno-różowe utwory. Dalej światło załamywały włókna znacznie słabiej, niż w stanie prawidłowym. Nie dość na tem; włókna były często jakby obsadzone przez komórki zupełnie do komórek ciała szklanego, względnie białych kulek podobne, w niektórych miejscach komórki te tworzyły dokoła włókien nawet jakby całkowite pochewki. Otóż badając przy większem powiększeniu, nie trudno było spostrzedz, że brzegi włókien nie zawsze były równie gładkie, jak prawidłowych i właśnie przeważnie w miejscu, gdzie się komórki znajdowały, dawały się spostrzegać mniej lub więcej znaczne wklęsłości. Dziwić się temu bynajmniej nie należy; w pewnych okolicznościach patologicznych te same komórki wywołują większe jeszcze zmiany w utworach znacznie nawet trwalszych od włókien obwódki, mianowicie w prawdziwych włóknach sprężystych. Wszakże bynajmniej nie mam zamiaru tłómaczyć zmiany we włóknach li tylko wpływem komórek białych; przeciwnie, nie wątpię, że większą jeszcze odgrywało tu rolę wprost wymoczenie (*maceratio*). Włókna obwódki dochodziły zwykle tylko do wierzchołków wyrostków rzęskowych i w tem miejscu urywały się odrazu, kilkakrotnie zakręcając się dokoła osi; końce oderwane również były obsadzone przez komórki okrągłe. Od tego też mianowicie miejsca zgrubiała i pokryta komórkami powłoka ciała szklanego udawała się ku tylnej powierzchni zwichniętej soczewki, tworząc jakby przeponę pomiędzy nią i komorą a ciałem szklanem.

Wyniki otrzymane przy badaniu obu przytoczonych przypadków bynajmniej nie upoważniają do jakichkolwiek bądź wniosków ogólnych, tem mniej do wytłómaczenia, w jaki mianowicie sposób zwichnięcie powstać mogło, zwłaszcza że w obu przypadkach mieliśmy sprawy chorobowe zgoła do siebie niepodobne.

Na dwie tylko okoliczności zwrócę tu uwagę. Najpierw wyniki otrzymane najwymowniej dowodzą, że obwódka nie ma nic wspólnego z powłoką ciała szklanego i że następnie, jak trafnie wyraził się w tym względzie Topolanski: *Die Zonula ist von ihrer Entstehung an nur Faser und bleibt Faser* (l. c. str. 29.). Dalej we wszystkich dotychczasowych opisach zwichnięć soczewki na torebce jej nigdy nie znajdowano śladów nawet włókien obwódki. Prócz wyżej przytoczonych w tym względzie danych, Becker (*Atlas der pathologischen Topographie des Auges*) w dwóch przypadkach zwichnięcia soczewki, z których w pierwszym zwichnięcie powstało wskutek mięsaka w jagodówce, w drugim wskutek zapalenia ropnego tęczówki i naczyniówki pochodzenia urażnego, włókien obwódki wcale nie znalazł. Zatem odrywa się zawsze przednie przyczepienie obwódki Zinna, czyli do torebki soczewki a to z powodu, że przyczepienie ku tyłowi jest znacznie lepiej umocowanem.

Okolicznością, na którą przy zwichnięciu soczewki największą zwracać należy uwagę, jest stan obwódki Zinna. Otóż z dotychczasowych badań anatomicznych gałek ze zwichniętą soczewką, jeden tylko Hirschberg w drugim swym przypadku poświęcił więcej trochę miejsca opisowi zmian w obwódce zaszłych, lecz i w tym nawet razie trudno zgodzić się z szanownym autorem, by utwór, w którym resztki obwódki chce widzieć w istocie, miał stanowić li tylko obwódkę; zdaje się nam raczej, że była tu zarazem prócz obwódki nadto zmieniona powłoka ciała szklanego. Nie zważając wszakże na zupełny brak badań anatomicznych, ciągle powtarza się zdanie, że przyczyny dobrowolnych zwichnięć soczewki szukać należy w rozmięknieniu i rozpulchnieniu obwódki lub też w jej zaniku. Przytoczono przezemnie dane anatomiczne w obu przypadkach były zupełnie odmienne. W pierwszym obwódka była zupełnie dobrze zachowana, włókna jej zupełnie dobrze rozwinięte, o wymoczeniu jej zatem mowy nawet być nie mogło a jednak zwichnięcie nastąpiło. Najprawdopodobniej najbliższym, jedynym może powodem tej sprawy było bardzo znaczne wydłużenie przedniej połowy gałki, znaczne tak dalece, że w końcu przekroczyło sprężystość obwódki. Przeciwnie, w drugim przypadku wy-

dłużenia gałki wcale nie było, natomiast w gałce był nadmiar cieczy; przy oderwaniu nawet siatkówki ucisk śródoczny był bardzo znaczny, wszystkie zaś przerwy między tkankami obficie wypełniała ciecz skrzepła. W tych okolicznościach włókna obwódki łatwo uledz mogły wymoczeniu, czego zresztą najzupełniej, zdaje się, dowodzą zmiany w nich znalezione. Ten więc tylko przypadek usprawiedliwia wypowiadane dotąd przypuszczenia o zmianach, którym przy zwichnięciu soczewki ulegać może obwódka Zinna.

III. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Czy wójt istotnie „skręcił kark" Wojciechowi K.?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Orzeczenie. Na zasadzie wyniku sekcyi orzekamy co następuje: *a)* Po dokładnej rozwadze i zastanowieniu się nad rezultatem otrzymanym przy sekcyi dokładnej, przyczyny śmierci podać nie możemy; zgnilizna bowiem, z powodu panujących upałów i upływu dni trzech po śmierci, takie wywołała zmiany w wewnętrznych organach a zwłaszcza w mózgu i rdzeniu pacierzowym, że badanie ich stanu anatomicznego zupełnie nie było możebnem; *b)* mimo tego przypuszczamy z wielkiem prawdopodobieństwem, że przyczyna śmierci została wywołana ważną zmianą anatomiczną albo rdzenia przedłużonego albo szyjnej części rdzenia pacierzowego, albowiem nie znaleźliśmy innej przyczyny śmierci z powodu choroby narządów wewnętrznych a objawy za życia spostrzeżone z wszelką pewnością przemawiają za ważną zmianą rdzenia pacierzowego, mianowicie szczękościsk, obniżenie ciepłoty ciała, poty rozpływne, zwolnienie tętna, bóle w karku i opadanie głowy w tył, prawdopodobnie z porażenia mięśni szyjnych; *c)* niestety z powodu wysokiej zgnilizny nie możemy oznaczyć i umiejętnie nazwać tej choroby rdzenia, która śmierć wywołała; wykluczamy złamanie kręgów i zwichnienia stawów kręgowych jako przyczynę śmierci a przypuszczamy albo silny wstrząs (*shok*), albo wynaczynienie krwawe do rdzenia przedłużonego lub pacierzowego. Ucisk za pomocą kolan na kark może wywołać takie zmiany a w ich następstwie śmierć, albowiem w braku nawet złamań lub zwichnień może nastąpić śmierć a sekcya nie wykaże zmian dotykalnych. To jest śmierć w skutek wstrząsu (*shoku*). Co jako zgodne z zasadami nauki lekarskiej......

Przesłuchani w tej sprawie świadkowie zajścia pomiędzy wójtem a Wojciechem K. opisali rzecz zgodnie tak, jak to na wstępie przedstawiliśmy; wszyscy potwierdzili, że nieboszczyk był wzorowym gospodarzem, trzeźwym i cieszył się przez całe życie dobrem zdrowiem, które służyło mu pomimo, że w czasie kampanii w r. 1866. narażony był jako żołnierz na niezwykłe trudy. To też gdy związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Wojciecha K. a zajściem z wójtem był w wysokim stopniu prawdopodobnym a orzeczenie obducentów nie wyjaśniało go należycie, zażądała Prokuratorya od innych lekarzy stanowczego orzeczenia na podstawie aktów co do przyczyny śmierci Wojciecha K., ewentualnie w tym względzie, czy śmierć nastąpić mogła w skutek kolankowania (wójt) lub bicia denata kołkami (wójtowa). Lekarze ci wydali na podstawie aktów, z których najważniejsze już podaliśmy, w dosłownem brzmieniu orzeczenie następujące:

1) Nietylko zestawienie przypadów chorobowych, mieszczące się w doniesieniu Dra B., lecz i podania świadków stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, że Wojciech K. okazywał przypady tężca (*tetanus traumaticus*); gdy zaś wynik sekcyi był ujemnym, nie zauważono bowiem żadnych takich zmian we zwłokach, któreby tłómaczyły śmierć tego, przedtem zdrowego człowieka, musimy twierdzić, że Wojciech K. zmarł z tężca.

2) Gdy świadectwo lekarskie z dnia 11. Czerwca stwierdza, że w bitce zaszłej w tymsamym dniu odniósł Wojciech K. rankę za uchem lewem, otarcia przyskórka na przedramieniu lewem i ranę dartą pomiędzy palcami ręki lewej, gdy doświadczenie wskazuje, że tężec powstaje jako choroba przyranna po zanieczyszczeniach nawet ran najmniejszych, mamy wszelką podstawę do twierdzenia, że choroba śmiertelna powstała w przypadku niniejszym w skutek zanieczyszczenia jednej z ran odniesionych w bitce w dniu 11. Czerwca, zwłaszcza, że charakterystyczne a w tym przypadku nader wybitne przypady chorobowe wystąpiły dnia 15. Czerwca a więc w dniu 4-tym po pobiciu i zranieniu, jak to bywa najczęściej.

3) Która z ran odniesionych przez Wojciecha K. stanowiła drogę zakażenia tężcem, tego oznaczyć nie można, nawet nieznaczne zranienie może bowiem stać się źródłem tej zwykle śmiertelnej choroby. To też w przypadku niniejszym nie możemy podać, ażali uderzenie kołkiem lub kijem lub może skaleczenie się K. wśród szamotania się i obalenia na płot, wywołało zranienie, do którego przystąpił tężec.

4) Nadmieniamy, że uszkodzenia, jakich doznał Wojciech K. w bitce w dniu 11. Czerwca a których ślady opisano w świadectwie lekarskiem z dnia 11. Czerwca r. b., nie sprowadzają zazwyczaj takich następstw, jak to było w tym przypadku; stanowią one zwykle tylko lekkie uszkodzenie ciała i sprowadzają upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowej przez mniej niż 20 dni. Śmierć Wojciecha K. nastąpiła jedynie pośrednio z następstw obrażeń odniesionych wśród zajścia w dniu 11. Czerwca a pomoc lekarska nie była zdolną zapobiedz zejściu śmiertelnemu.

Na podstawie powyższego orzeczenia zostali wszyscy uczestnicy bitki (wójt, żona i córka) pociągnięci do odpowiedzialności a sprawa zakończyła się zasądzeniem wójta i wójtowej za zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała z §. 157 ustawy karnej.

Czytając opis przypadów chorobowych w doniesieniu lekarza, opis tak wierny i obrazowy, trudno uwierzyć, że nie rozpoznał lekarz, który tak opisał. Wątpić nie można, że o tężcu i jego objawach słyszał i czytał, mimo że może nie obserwował tej choroby. Usiłowaliśmy śledzić tok myśli bystrego obserwatora, któremu rozpoznanie tak się wymykało a podążając na manowce w ślad za błędnemi kombinacyami obducentów i uwzględniając ich badania anatomiczne na karku i w okolicy kręgów szyjnych, musimy przypuszczać, że chyba tylko stara baśń o częstości „skręcenia karku", jako przyczyny śmierci po zadziałaniu różnych szkodliwości na szyję, baśń uchylona badaniami naukowemi a zawsze jeszcze błąkająca się po głowach profanów, opanowała umysły obducentów i stanowiła bodziec do badań lokalnych, gdzie sprawa była ogólną. Pietyzm dla tradycyjnego błędu może jedynie tłómaczyć, że mimo stanowczo ujemnego wyniku poszukiwań anatomicznych chronią się obducenci pod skrzydła bliżej nieokreślonej „ważnej zmiany rdzenia pacierzowego". Ten niezwykły bieg myśli obducentów i odświeżanie przez nich dawno już pogrzebanego błędnego mniemania skłoniły nas do ogłoszenia

opisu przypadku niniejszego. Mamy wszelką podstawę do przypuszczenia, że obecnie czytając własne opisy sami obducenci zadziwią się, iż w tym przypadku nie rozpoznali tężca.

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Zarewicz: **Sprawozdanie statystyczno-lekarskie Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie.** (Dział ubezpieczeń na życie) za czas od r. 1869—1894. Kraków 1895. Duża 8-ka, str. 63 i 6 tablic.

Autor jako naczelny lekarz Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie, wziął sobie za zadanie wykazać, jakie choroby stawały się przyczyną śmierci zabezpieczonych, by ztąd mieć wskazówki, w jakim względzie należałoby skrupulatniej badać osoby mające się ubezpieczyć a tem samem uchronić Towarzystwo od możliwych strat. W tym celu nader starannie zestawił autor 1240 przypadków śmierci zaszłych pomiędzy zabezpieczonymi w ciągu ostatnich 25-ciu lat, według działów chorobowych, uwzględniając w każdym z nich te wszystkie okoliczności, które statystyka w ogóle obejmować powinna a które na długość, względnie na skrócenie życia wpłynąć mogą. Przytem okazało się, że oprócz gruźlicy inne choroby bywały powodem śmierci prawie tak często, jak pomiędzy całą ludnością. Gruźlica stanowiła 23·5% wszystkich zmarłych, co trafnie autor tłómaczy przy końcu swojego sprawozdania. W rozmaitych działach przyczyn śmierci, jako wieloletni i doświadczony lekarz Towarzystwa podaje autor bardzo cenne uwagi dla lekarzy ustanowionych przez Towarzystwo do badania zabezpieczonych.

Pracę swoję opatrzył autor 6 tablicami wykazującemi: 1) Ile osób i z jakich chorób zmarło i na jakie kwoty były one zabezpieczone. 2) W jakim wieku śmierć następowała i skutkiem jakich chorób. 3) Jakiego byli zawodu wymierający na wymienione osobno choroby. 4) Ile zmarło według miesięcy i działów przyczyn śmierci. 5) Ile osób było zabezpieczonych według zawodów, na jakie kwoty i ile im wypłacono; wreszcie 6) Na jakie kapitały i renty byli ubezpieczeni według zajęcia, jak długo byli ubezpieczeni, ile im wypłacono kapitałów i rent i jakie zebrano premie.

W pracy, o której mowa, pierwszej tego rodzaju w literaturze naszej dowiódł autor bystrości w wysnuwaniu wniosków z zestawionych cyfer i wskazał kierunek, w jakim należałoby zaprowadzić zmiany w dotychczasowym sposobie wydawania opinij lekarskich. Gdy zaś praca, o którą chodzi, napisana jest jasno i językiem potoczystym, przeto nie tylko dla lekarzy szczególniej przez Towarzystwo używanych będzie bardzo pożądaną, ale także i dla nielekarzy może być zajmująca. *Dr. Buszek.*

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Podobne działanie na serce żaby mają także produkty *protei vulgaris*; po zatruciu żaby tymi produktami, pozostaje jednak pewna wrażliwość serca na bodźce mechaniczne oraz elektryczne.

Wprawdzie toksyny bakteryjne, wprowadzone do jamy brzusznej działają słabiej, aniżeli wprowadzone podskórnie, jak to wykazał Sanarelli[189]) dla toksyny tyfusu a Roux[190]) dla toksyny dyfteryi, co znów jest zgodnem z zachowaniem się niektórych żyjących gatunków bakteryjnych, które w celach doświadczalnych wprowadzano pod skórę i do jamy brzusznej zwierząt; wynika jednak z powyżej zestawionych prac, że po wchłonięciu przez organizm zarówno produktów bakteryj ropnych, jakoteż i produktów niektórych bakteryj kałowych, występuje szereg wybitnych objawów nerwowych oraz zmian w układzie krwionośnym.

Jest jasnem, że zmiany te nie mogą w patogenezie zapalenia otrzewny odgrywać podrzędnej roli. Wszak tworzenie się przesięku, czy wysięku otrzewnowego oraz dyapedeza ciałek białych, a więc zmiany, towarzyszące zapaleniu otrzewny, zależą od stanu naczyń; produkty zaś tych gatunków bakteryj, które tu głównie w grę wchodzą, działając na cały ustrój w ogóle, częstokroć wywołują właśnie takie zmiany w układzie krwionośnym, w których następstwie powstają zmiany natury zapalnej; przytem cierpi odżywienie samych komórek otrzewnowych. A więc produkty bakteryjne, jeśli wprost nie wywołują zapalenia otrzewny, to w każdym razie w bardzo wysokim stopniu ułatwiają powstanie tego cierpienia i to w dwojaki sposób: przez działanie miejscowe oraz przez działanie ogólne na ustrój.

Tak przedstawiają się stósunki w prostem zakaźnem zapaleniu otrzewny, jakoto n. p., gdy zakażenie nastąpiło podczas operacyi brzusznej lub w połogu, gdy z zakażonych narządów rodnych bakterye chorobotwórcze drogą naczyń limfatycznych, jak to wykazał Poirier[191]), dostają się do jamy brzusznej.

W powstawaniu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita stósunki są znacznie bardziej skomplikowane; dostaje się tu bowiem do jamy brzusznej treść jelita, stała lub płynna i lotna; bakterye wchodzą do jamy brzusznej po części jako ciała wolne, po części zaś jako ciała ze wszech stron otoczone cząsteczkami treści jelita, co nie jest bynajmniej okolicznością obojętną, jak się to niżej okaże; wreszcie całość błony otrzewny jest uszkodzoną, a nadto, o ile sprawa nie jest urazową, istnieją już poprzednio powstałe zmiany patologiczne tej błony.

Przedewszystkiem musimy uwzględnić miejscowe działanie na otrzewnę treści jelita w całości, jako masy. Treść ta bywa bardzo rozmaitą stósownie do jakości przyjętych pokarmów, stanu jelita oraz do tego, jaki odcinek przewodu pokarmowego przedziurawionym został. W ogóle tylko tyle możemy powiedzieć, że płynna lub papkowata treść jelita cienkiego o odczynie kwaśnym oraz niezawierająca produktów rozpadowych białka (patrz Macfadyen, Nencki i Sieberowa[192]) musi działać jako masa inaczej, jak gęsta lub stała treść jelita grubego o odczynie alkalicznym, zawierająca przeważnie bakterye gnilne oraz produkty rozpadowe substancyj białkowych. Trzebicky[193]) przekonał się na psach, że istnieje różnica w działaniu treści górnego i dolnego odcinka jelita cienkiego; pierwsza mianowicie działa słabiej, aniżeli druga.

W treści jelita grubego znajdują się zazwyczaj cząstki o konsystencyi zbitej, cząstki twarde, jakich nie znajdujemy w jelicie cienkiem. Takie cząstki mogą wywierać na otrzewnę działanie czysto mechaniczne, t. j. przez tarcie mogą wywierać na błonę surowicza działanie drażniące. Działanie to samo przez się nie miałoby zapewne doniosłego znaczenia; gdy jednak występuje w kombinacyi z innymi czynnikami chorobotwórczymi, zasługuje na uwzględnienie. Z doświadczeń Krafta[194]) oraz Waterhousa[195]), którzy wywoływali zapalenie otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej nieznacznej ilości bakteryj chorobotwórczych z twardymi kawałkami agaru, wówczas gdy wprowadzanie tej samej ilości samych bakteryj zwierzęta zupełnie dobrze znosiły,

[189]) Sanarelli: l. c.
[190]) Roux: l. c.

[191]) Poirier: Du rôle des lymfatiques dans les inflammations de l'uterus, des annexes et du peritoine pelvien. Le Progrès medical. T. XVIII. Nr. 3, 4. 1890.
[192]) Macfadyen, Nencki i Sieberowa: l. c.
[193]) Trzebicky: l. c.
[194]) Kraft: l. c.
[195]) Waterhouse: l. c.

wynika, że w pewnych okolicznościach czynnik, o którym mowa, może mieć nawet decydujące znaczenie.

Jakkolwiek Silberschmidt[196]) doszedł do przekonania, że fermenty jelitowe, ich produkty rozkładowe oraz produkty różnych bakteryj nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewny, musimy jednak na zasadzie prac wielu innych autorów, powyżej przytoczonych, uwzględnić przy omawianiu powstania zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita wszystko to, cośmy poprzednio powiedzieli o działaniu produktów bakteryjnych na otrzewną oraz w ogóle na cały ustrój; w treści jelitowej znajdują się bowiem takie produkty w wielkich ilościach.

Nadto wchodzą tu w grę lotne składniki treści jelita, czyli gazy jelitowe. Wprawdzie mogą nagromadzić się gazy gnilne w jamie brzusznej bez poprzedniego przedziurawienia jelita a jedynie wskutek gnilnego rozkładu wysięku brzusznego przez bakterye, produkujące gazy, jak to wynika z jednego przypadku ogłoszonego przez Tavela i Lanza[197]) (przypadek 50-ty); jednakowoż zdarza się to nadzwyczaj rzadko. Zwykle, gdy w jamie brzusznej znajdujemy gazy gnilne, nastąpiło przedziurawienie jelita. Skład chemiczny tych gazów jest również rozmaitym, stósownie do tego, z jakiego odcinka przewodu pokarmowego gaz dostaje się do jamy brzusznej. Gazy, wytworzone w żołądku oraz jelicie cienkiem nie zawierają lotnych produktów gnilnego rozkładu substancyj białkowych, jakie znajdujemy w gazach jelita grubego; to też na tej zasadzie Czerny[198]) podczas operacyj brzusznych, przy których napotyka się gazy w jamie otrzewny, oryentuje się co do miejsca przedziurawienia jelita w sposób następujący: napotkawszy gazy zupełnie bezwonne, bada przedewszystkiem żołądek; napotkawszy zaś gazy cuchnące, bada przedewszystkiem jelito grube. Ze względu na obecność produktów rozkładowych białka, z których znaczną część stanowią substancye miejscowo drażniące, da się z góry powiedzieć, że jeżeli może być mowa o miejscowem, drażniącem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę, działanie gazów, wytworzonych w jelicie grubem, musi być silniejszem od działania gazów, wytworzonych w jelicie cienkiem.

Z badań Nowacka i Braeutigama[199]) wynika, że działania takiego gazów jelita w ogóle niema. Wystawiając błonę otrzewną na działanie gazów gnilnych, sztucznie wytworzonych a odpowiadających swoim składem gazom jelita grubego, również nie mogłem wykazać w otrzewnie zmian, którebym mógł uważać za skutek podrażnienia tej błony owemi lotnemi ciałami[200]). Należy jednak i tutaj pamiętać o tem, że niemożebność wykazania pewnych zmian w komórkach nie przesądza o ewentualnem ich istnieniu.

Jeżeli na podstawie dotychczasowych badań musimy uważać, że miejscowe działanie chemiczne gazów na otrzewnę nie istnieje, lub jest tak nieznacznem, że nie jesteśmy w stanie go wykazać, to za to znanem nam jest mechaniczne działanie tych gazów, które występuje bardzo wybitnie, zwłaszcza w wyższych stopniach wzdęcia brzusznego. Wskutek silnego wydęcia jamy brzusznej gazami jelita powstaje ucisk na sąsiednie narządy, jako to na płuca, żołądek, pęcherz, jelita, powstają zmiany w położeniu serca; wielkie żyły brzuszne, jako to *vena cava, vena portae, vena hepatica* zostają uciśnięte, ztąd wytwarza się zastój żylny, przesięki w jamie brzusznej i t. d. Sama błona otrzewna przez zbytnie wydęcie może zostać naderwaną, może nastąpić miejscami niedokrewność tej błony, obieg limfy w niej może zostać upośledzonym; wszystko to są zmiany, upośledzające energię żywotną komórek oraz siłę resorpcyjną błony otrzewny.

Nowack i Breautigam[201]) przyszli do wniosku, że gazy jelitowe, które dostały się do jamy brzusznej po przedziurawieniu jelita, mogą wywierać jedynie mechaniczne działanie na ustrój; miejscowo nie działają one zupełnie chemicznie, również nie posiadają one, według tych autorów, żadnych własności toksycznych. Co do tego ostatniego punktu, otrzymałem wyniki odmienne. Badając akcyę serca u zwierząt, którym poprzednio wpuszczono do jamy brzusznej gazy gnilne, przekonałem się, że po wchłonięciu nawet stosunkowo niewielkich ilości tych gazów występuje stale upośledzenie czynności serca, objawiające się zwolnieniem tętna. Wynik ten znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych prof. Głuzińskiego. Charrin[202]) uważa również gazy jelitowe za ciała toksyczne.

Gazy jelita wywierają także pewien wpływ na ruch robaczkowy kiszek, który, jak to wyżej przytoczono, wspiera sprawę resorpcyi z jamy brzusznej. Według Trevesa[203]) różne składniki gazów jelitowych działają na perystaltykę rozmaicie, a mianowicie azot nie wywiera nań żadnego wpływu, tlen powstrzymuje ruch robaczkowy kiszek, bezwodnik kwasu węglowego z początku wzmaga ten ruch, później zaś sprowadza porażenie jelita, gaz błotny oraz siarkowodór działają na perystaltykę podniecająco.

Znaczna część bakteryj, które się dostały do jamy brzusznej po przedziurawieniu jelita, znajduje się tam w innych stosunkach, aniżeli wówczas, gdy jama brzuszna została zakażoną podczas operacyi lub też gdy zakażenie przeszło ze sąsiedniego narządu; bakterye bowiem, które wraz z treścią jelita dostały się do jamy otrzewny, wchodzą tam przeważnie nie jako ciała wolne, lecz są zawarte w większych i mniejszych grudkach tej treści; są one więc otoczone ze wszystkich stron warstwą substancyj stałych i płynnych o rozmaitej grubości. Oczywiście wchłanianie bakteryj, zawartych w grudkach treści jelita przedstawia dla otrzewny znacznie trudniejsze zadanie, aniżeli wessanie bakteryj wolnych; z natury rzeczy musi więc ono wymagać znacznie dłuższego czasu. W ciągu zaś tego czasu, przez który bakterye pozostają w jamie brzusznej, rozmnażają się one oraz produkują bezustannie toksyny, które po wessaniu ich przez organizm wywierają nań zgubne działanie. Prawdopodobnie działanie to odbija się i na zachowaniu się funkcyj otrzewny. Potwierdzenie tego zapatrywania znajdujemy w doświadczeniach Vaillarda[204]): badacz ten wprowadzał pod skórę królików zarodniki lasecznika tężcowego; gdy pewną ilość tych zarodników wstrzykiwał w hodowli czystej, zostały one wchłonięte i chorobotwórcze ich działanie zupełnie nie występowało; gdy zaś wprowadzono je w tej samej ilości, lecz zawinięte w kawałku bibuły, wywoływały one typowe objawy tężcowe, kończące się śmiercią zwierzęcia. (Dokończenie nastąpi).

Choroby wewnętrzne.

Douglas Powell: Zapalenie płuc dławcowe *(pneumonia crouposa)*, **jego etyologia, patologia i terapia.**

Śmiertelność z zapalenia płuc zmniejszyła się tylko bardzo nieznacznie pod wpływem reform sanitarnych, na wszystkie prawie inne choroby zakaźne tak skutecznie działających, przyczem i to trzeba mieć na względzie, że ½ przypadków rzeczonej choroby przypada na okres największej siły u człowieka. Na pojawienie się zapalenia płuc wpływa nie tyle klimat, o ile zależy on od szerokości geograficznej, ile w klimacie umiarkowanym niska temperatura

[196]) Silberschmidt: l. c.

[197]) Tavel und Lanz: l. c.

[198]) Czerny: Perforations-Peritonitis nach Magengeschwür. Centralblatt für Chirurgie 1887. Nr. 49. p. 926.

[199]) Nowack und Braeutigam: l. c.

[200]) Klecki: O miejscowem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę oraz o ich działaniu ogólnem na ustrój. (Praca, mająca się ukazać w Rozprawach Wydz. matem.-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie).

[201]) Nowack und Braeutigam: l. c.

[202]) Treves, l. c.

[203]) Charrin: Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine. Paris. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoires, publiée sous la direction de M. Léonte).

[204]) Vaillard: l. c.

i nagłe jej zmiany. Zaziębienie i szkodliwe wpływy zawodu są główną przyczyną zapalenia płuc.

Co do swoistego dla dławcowego zapalenia płuc mikroorganizmu, najczęściej trafia się kok Fraenkla (w 80%), który jednak znajduje się i w wielu innych chorobach z zapaleniem płuc tylko w luźnym związku zostających albo i w żadnym związku z niem nie będących, jak zapaleniu ropnem opon, zapaleniu śródsierdzia z owrzodzeniem (*endocarditis ulcerativa*), zapaleniu ucha środkowego.

Zapalenie płuc dławcowe podobne jest do gruźlicy, róży, ostrego gośćca stawowego, które wprawdzie mają swój osobny, swoisty mikroorganizm, które jednak do swego rozwoju potrzebują jeszcze pewnych okoliczności dodatkowych, miejscowego lub ogólnego zboczenia w czynnościach żywotnych.

Z postępem sprawy zapalnej rozwija się w przebiegu zapalenia dławcowego płuc znaczna leukocytoza, malejąca ze zmniejszeniem się gorączki i odwrotnie. Znaczny stopień gorączki (*hyperpyrexia*) jest ważną przyczyną wyczerpywania się układu nerwowego i zboczeń w czynności serca.

Co do leczenia, jest Powell za użyciem leków słonych (*salina*) obok czuwania nad wydzielinami, ścisłej dyety i bezwzględnego spokoju. Gorączka, jako nietrwająca długo a dla rozwoju mikrobów niekorzystna nie wymaga zazwyczaj osobnego leczenia; dlatego P. odrzuca najczęściej właściwe leki przeciwgorączkowe, ale stosuje, mianowicie u osób młodych różne procedury hidropatyczne, jak worki z lodem, zimne obwijania, kąpiele. W razie szczególnych okoliczności zadaje strychninę, kofeinę, lub naparstnicę (*digitalis*). U alkoholików występuje P. z dużemi dawkami nastoju żelezistego (*tinctura malatis ferri*).

Bóle, o ile pochodzą ze zmian w płucach, koi P. kompresami bardzo zimnemi lub miejscowym upustem krwi; bóle z zapalenia opłucny pryszczydłami i gorącemi, często zmienianemi okładami. W razie sinicy, bredzenia (*delirium*) i bezsenności należy lepiej żywić chorych i zadawać środki podniecające, morfinę a szczególniej polecić wdychania tlenu.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza D r e s c h f e l d, iż zapalenie płuc z influency jest szczególniej zaraźliwem i dlatego trzeba plwociny w niem dęsinfekcyonować energicznie.

S h i n g l e t o n S m i t h przytacza postrzeżenia Petreski z Bukaresztu, którzy zadając w zapaleniu płuc dziennie po 4 do 8 gramów proszku liści naparstnicy miał w 1300 przypadkach tak leczonych 2% śmiertelności, gdy w Londynie z zapalenia płuc umiera średnio 20 do 25%. (Z obrad 63. Kongresu *British medical Association*, odbytego w Londynie od 30. Lipca do 2. Sierpnia r. b.) *R.*

Choroby zakaźne.

B e r t i n: **Leczenie błonicy surowicą zwierząt nieimmunizowanych.**

Autor obserwując w 6 przypadkach chorych na błonicę działanie surowicy koni nieimmunizowanych, dochodzi do tych samych rezultatów, co Behring, Roux i inni a jako wyższość swej metody uważa tę okoliczność, iż konie przed stosowaniem u chorych surowicy poddaje ścisłej sekcyi anatomo-patologicznej, przez co uchronić się może od niekorzystnej dla organizmu ludzkiego komplikacyi po zastrzyknięciu.

W sześciu przypadkach tyczących się:

1	wieku	2 miesięcy
1	„	4 lat
3	„	5 „
1	„	19 „

z których dwa zakończyło się śmiercią, badanie wykazało prątki Löfflera 4 razy, paciorkowiec zaś 3 razy. Z powodu objawów zwężenia krtani dwa razy dokonano tracheotomii. Autor wstrzykiwał 20 cm.³ surowicy zwierząt nieimmunizowanych i obserwował szybkie oddzielanie się błon, znaczną poprawę a wolny powrót do zupełnej rekonwalescencyi.

W dwu przypadkach błonicy u chłopców 5-cioletnich po wstrzyknięciu surowicy koni nieimmunizowanych z powodu braku poprawy w kilka dni później wstrzyknął 20 cm.³ surowicy Rouxa, lecz poprawy znaczniejszej nie obserwował. Z tych przypadków jeden zakończył się śmiercią.

Z komplikacyj towarzyszących tym wstrzykiwaniom autor obserwował tylko pokrzywkę w 3 przypadkach. (*Gazette médicale de Nantes* Nr. 4. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

111. C z e r n y (prof.): P r ó b y l e c z e n i a n o w o t w o r ó w z ł o ś l i w y c h t o k s y n a m i r ó ż y (z kliniki chirurgicznej heidelberskiej). Pierwszy Busch zwrócił jeszcze w r. 1866. uwagę, iż niekiedy mięsaki (*sarcomata*) nikną pod wpływem róży. P. Bruns zebrał w roku 1888. kliniczne spostrzeżenia w tym względzie i wykazał, że róża działa niekiedy terapeutycznie w mięsakach, liszaju żrącym (*lupus*), przeciw gruczołom zołzowym, polipom w nosie i keloidom w bliznach, odmawia zaś swego skutku w raku, co najwięcej stan tylko poprawia.

Autor przekonał się również, że róża nie ma wpływu na przebieg raka a nawet w niektórych przypadkach prowadzi do szybszego wzrostu tego nowotworu. W dwóch tylko przypadkach widział autor pomyślny skutek róży na przebieg raka: w pierwszym po 8-mej operacyi odnawiającego się ciągle raka sutka nastąpiła nadzwyczaj groźna róża, po którym przez dwa lata pacyentka była wolna od recydywy a umarła na przyostre zapalenie nietypowe płuca; sekcya wykazała mnóstwo guzków rakowych w płucach. W drugim przypadku po 3-ciej operacyi także odnawiającego się raka sutka pojawiła się róża w średnim stopniu, poczem rana operacyjna zagoiła się bez trudności i gdy dwie pierwsze recydywy wystąpiły w półroku po operacyi, ubiegło teraz od operacyi więcej niż 6 lat a pacyentka nie okazuje dotychczas nawrotu nowotworu.

Po odkryciu przez Fehleisena mikrobu róży i udaniu się nim szczepienia nasuwała się sama przez się myśl użycia sztucznego szczepienia róży do leczenia guzów złośliwych. Próby w tej mierze okazały się jednak bardzo niebezpiecznemi a nawet w niektórych przypadkach zakończyły się śmiercią szczepionych.

Lassar pierwszy spróbował toksyn czystych róży, lecz bez istotnego skutku. Niezależnie od niego zajęli się tą sprawą Spronck w instytucie pasteurowskim w Paryżu, Repin a osobliwie W. B. Coley w Nowym Jorku, w szpitalu dla chorych na raka.

Najliczniejsze doświadczenia robił Coley i opisał je tak dokładnie, iż według tego opisu mogą inni powtórzyć sami jego doświadczenia. Z 38 nie dających się operować mięsaków, w których użył toksyn mięszanych róży i *bacillus prodigiosus*, w 9 widział zupełne zniknięcie nowotworu tak, iż chorych uważa za stanowczo wyleczonych.

Wielkie wrażenie zrobiła publikacya Emmericha i Scholla (por. Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), którzy do swych doświadczeń używali surowicy krwi zwierząt różą zakażonych. Gdy jednakowoż E. i S. metody swej dokładnie nie opisali a surowica przez nich sprzedawana nie była ani dostatecznie wyjałowiona, ani jednako zawsze wyrobiona, przeto ich doświadczenia usuwają się z pod wszelkiej kontroli naukowej, podobnie, jak próby Adamkiewicza leczenia raka tak zwaną kankroiną.

Autor postanowił iść za Coleyem i w tym celu postarał się o płyn zawierający toksyny róży i *bacilli prodigiosi*, zupełnie wyjałowiony.

Płyn ten działa bardzo mocno trująco: wstrzyknięty pod skórę a jeszcze bardziej w nowotwór w ilości dwóch kresek (zapewne zwykłej gramowej strzykawki Pravazowskiej. Przyp. spr. *Przeglądu lekarskiego*) wywołuje znaczną gorączkę, wstrzyknięty w ilości 5 kresek sprawia nieraz bardzo silne dreszcze, nudności, nierzadko z wymiotami, ogólne osłabienie,

czasem drugiego dnia opryszczki na wargach (*herpes labialis*). Po 2—4 godzinach ustępuje gorączka zupełnie.

Otóż płynu w ten sposób działającego użył autor do leczenia nienadającego się do operacyi mięsaka, który klinicznie przedstawiał się jako rak rozlany, wyszły pierwotnie prawdopodobnie z gruczołu przyusznego (*parotis*). Od 10. do 22. Lipca r. b. zrobiono 18 wstrzykiwań od 1 do 6 kresek strzykawki w sam nowotwór. Dopiero po czwartem wstrzyknięciu i w ilości 5 kresek strzykawki wystąpiły dreszcze, trwające trzy kwadranse. Najwyższa temperatura w ciągu tego leczenia doszła do 40·4⁰.

Nowotwór napęczniał nieco podczas gorączki. Do dnia 22. Lipca zniknęła wyrośl nowotworu, stercząca na wzór polipa w przewodzie słuchowym zewnętrznym, błona bębenkowa dała się widzieć a porażenie nerwu twarzowego, które zajmowało przedtem wszystkie gałązki twarzowe, ograniczyło się do mięśni czołowych. Również ustąpiły zupełnie bóle w twarzy i uchu a nowotwór przemienił się w proste zgrubienie.

Jakkolwiek w tym przypadku wpływ leczenia jest wybitny, nie można mówić o wyleczeniu dla krótkości czasu a i o tem trzeba pamiętać, iż nowotwór w tym razie powstał podczas ciąży, wiadomo zaś, iż nowotwory w tym czasie powstałe zmniejszają się często po rozwiązaniu, przynajmniej do pewnego stopnia.

W 4 przypadkach niewątpliwego raka nie widziano z użycia toksyn róży żadnego skutku.

Jakkolwiek dla krótkości czasu i małej liczby postrzeżeń nie wysnuwa autor żadnego wniosku o skuteczności sposobu terapeutycznego, o którym mowa, tyle wydaje się pewnem, iż toksyny róży wywołują przecież pewien wpływ na nowotwory i byłoby to już wielką zdobyczą, gdyby tym sposobem można działać skutecznie nawet tylko na mięsaki, operować się nie dające.

Reasumując swoje i Coleya postrzeżenia dochodzi autor do wniosku, iż toksyny róży mogą działać i to nawet działać skutecznie, swoiście na mięsaki, iż jednakowoż to działanie jest jeszcze całkiem niepewne i nie może w żaden sposób zastąpić operacyi; możeby dał się użyć ten sposób terapeutyczny do zapobiegania recydywom.

W raku wstrzykiwanie toksyn róży, co najwięcej, opaźnia wzrost nowotworu. (*Münchener medizinische Wochenschrift*. 3. Września 1895).

112. Stepp (w Norymberdze): Dalsze doniesienia o użyciu leczniczem bromoformu. W dalszym ciągu swego doniesienia z r. 1889. o użyciu bromoformu do leczenia krztuśca podaje autor do wiadomości swe najnowsze w tej mierze postrzeżenia.

Stósownie do swego stopnia trwają przypadki krztuśca lekkie od 5 do 6, średnie od 10 do 12 tygodni, ciężkie do półroku. Jeżeli zaś użyje się bromoformu, to przypadki lekkie kończą się w 2 do 3, średnie w 4 do 5, ciężkie w 6 do 8 tygodni zupełnem wyleczeniem. Bromoform przeto stanowczo i znacznie skraca chorobę.

Bromoform prócz tego zmniejsza liczbę i moc napadów i wpływa korzystnie na apetyt tak, że po chorobie nieraz dzieci wyglądają lepiej, niż przedtem. Wprawdzie bromoform nie zawsze zapobiega zmianom zapalnym w płucach w przebiegu krztuśca, sprawia jednak, iż dzieci przebywają je lepiej i częściej z nich wychodzą. Natomiast nie widział autor skutku z bromoformu w przypadkach wikłania się krztuśca z gruźlicą lub influencą.

Co się tyczy dawek, nie można się trzymać zbyt małych. Stósownie do przypadku zadaje autor dziecku pół rocznemu po trzy krople, rocznemu po 4 do 5 kropel trzy razy dziennie. Swoim własnym dzieciom, jednemu 3, drugiemu 8 lat liczącemu zadawał autor na ciężki krztusiec trzy razy dziennie po 10, względnie po 16 kropel i w 4, względnie 5 tygodniach usunął chorobę zupełnie. Pamiętać należy, żeby bromoformu nigdy nie dawać do czczego żołądka, ponieważ wtedy bromoform przemienia się w gaz, uchodzi i ztąd nie skutkuje.

Autor przytacza dwa znane sobie przypadki, dowodzące do pewnego stopnia swoistości działania bromoformu w krztuścu; w pierwszym z nich chłopiec 3-letni zażył naraz aż trzy gramy bromoformu, doznał chwilowo zamroczenia, ale od tej chwili pozbył się zupełnie choroby; w drugim dostał chłopiec dwuletni naraz 30 kropel bromoformu, padł i usnął natychmiast, we dwie godziny później był już zupełnie przytomny a we dwa dni później nie okazywał żadnych więcej przypadów krztuśca.

Przypadki te dowodzą, iż mimo całej ostrożności nie można trzymać się dawek zamałych bromoformu a za skazówkę w tej mierze uważać należy liczbę nocnych napadów choroby.

Autor próbował bromoformu (w postaci torebek, czyli kapsułek zawierających po 0·50, z których chorzy zażywali po 4 do 6 dziennie całemi tygodniami), także w gruźlicy i przekonał się, że działa on skutecznie w przypadkach bez gorączki i bez skłonności do rozpadu ognisk w płucach przez podniesienie apetytu, powiększenie ciężaru ciała i zmniejszenie plwociny.

Dalej przekonał się autor, iż bromoform działa bardzo skutecznie w rozedmie płuc (*emphysema pulmonum*) przez zmniejszenie dychawicy (*asthma*) i towarzyszącego jej nieżytu oskrzelowego i to w przypadkach, w których inne środki zwykle w takich razach używane zawiodły. Pamiętać wszakże należy, iż bromoform całkiem nie działa w dychawicy z wad serca, stwardnienia tętnic i zmian w nerkach.

W końcu oświadcza autor, iż widział bardzo pomyślne rezultaty terapeutyczne z użycia bromoformu u dzieci w różnych postaciach zapalenia płuc, w przewlekłym nieżycie oskrzelowym obok krzywicy i kurczu głośni.

Ponieważ bromoform najpodobniej do prawdy wydziela się przez drogi oddechowe, mielibyśmy w nim środek działający wprost na tę część ustroju.

Dzieciom przepisuje autor bromoform w rozczynie; tak n. p. dziecku półrocznemu: *Bromoformii guttas 9*, *spiritus vini 3·00*, *aquae destil. 90·00*, *syrupi 10·00*, dziecku rocznemu: *bromoformii guttas 15*, *spiritus vini 7·00*, *aquae destil. 100·00*, *syrupi 10·00*. Dzieciom starszym o 6 do 10 kropel więcej. Lek ten zażywają dzieci we dnie i w nocy i dostają obok tego stósowne okłady na klatkę piersiową. Do leczenia potrzeba 10 flaszek takiego rozczynu a nawet i więcej. (*Münchener med. Wochenschrift*. 3. Września 1895).

113. E. M. Skerritt (prof. szkoły lekarskiej w Brystolu): O użyciu kofeiny w dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*). Na podstawie własnego doświadczenia sadzi autor, że z pomiędzy wszystkich środków przeciw dychawicy używanych kofeina jest najskuteczniejszym i najpewniejszym, szczególniej, jeżeli napady występują we wczesnych godzinach rannych i budzą ze snu chorego.

Zaraz w pierwszych chwilach napadu dychawicznego powinien chory zażyć 30 centygramów cytrynianu kofeinowego (w proszku lub rozczynie) i dawkę tę powtarzać naprzód co 4 godziny aż do zupełnego ustania napadu a później rzadziej w celu zapobieżenia jego powrotowi.

Jeżeli napad dychawicy pojawia się regularnie wczas rano, wystarczy zażyć 30 do 60 centygramów cytrynianu kofeiny idąc spać a jeżeli rano dnia następnego nie ma skutku, zażyć jeszcze 30 centygramów rzeczonego przetworu, powtarzając tę dawkę w razie potrzeby.

Cytrynian kofeinowy działa lepiej u dorosłych, niż u dzieci i przedewszystkiem w samodzielnej dychawicy oskrzelowej, t. j. niezależnej ani od choroby nosa ani od zboczeń w trawieniu. (*La Semaine médicale*. 4. Września 1895).

V. O przypadkach cholery azyatyckiej, stwierdzonych w armii austryacko-węgierskiej w r. 1893.

Podał
Dr. J. Baschkopf,
c. i k. lekarz pułkowy.

Choroby zakaźne, grasujące epidemicznie między ludnością cywilną państwa, zabierają w regule pewną liczbę ofiar także z szeregów wojska i to mimo najenergiczniejszych środków ostrożności, w takich razach z jak największą ścisłością przestrzeganych. I tak miała się też rzecz z cholerą azyatycką, która w ostatnich kilku latach w postaci epidemii nawiedziła niektóre kraje. W niniejszej korespondencyi podajemy kilka dat statystycznych, odnoszących się do przypadków cholery azyatyckiej, zaszłych w roku 1893. w wojsku austryacko-węgierskiem a to na podstawie urzędowego sprawozdania, wydanego przez ministerstwo wojny, ogłoszonego w *Roczniku wojskowo-statystycznym za rok 1893.* [1]). Otóż według tych dat przydarzyło się w wspomnionym roku w armii austryacko-węgierskiej 51 przypadków zachorzenia z 22 przypadkami śmierci wskutek cholery azyatyckiej, podczas gdy w roku 1892. stwierdzono 43 przypadków zachorzenia z 17 przypadkami śmierci. Z tych przypada w roku 1893. na wojskowy okręg terytoryalny:

budapeszteński .	23	przyp.	zapadnięcia	z	12	przyp.	śmierci
preszburski . .	3	„	„	„	2	„	„
koszycki . .	2	„	„	„	—	„	„
zagrzebski . .	10	„	„	„	7	„	„
serajewski . .	3	„	„	„	1	„	„

W roku przeszłym stwierdzono cholerę azyatycką tylko w trzech wojskowych okręgach terytoryalnych, w Budapeszcie, w Temeszwarze i Zagrzebiu. Z powyższych dat wypływa, że największą liczbę przypadków cholery azyatyckiej znaleziono w pułkach węgierskich. Ciekawem jest, że z przytoczonych wyżej 23 przypadków, stwierdzonych w metropolii Węgier, przeważająca liczba, bo aż 14 tyczyła się pułku huzarów Nr. 16. Między ludnością cywilną Budapesztu stwierdzono w roku 1893. 172 przypadków cholery azyatyckiej (wobec 1173 roku zeszłego, t. j. 1892). Co się tyczy przypadków cholery w wspomnionym pułku huzarskim, to zachorowało na cholerę w przeciągu 13 dni 14 żołnierzy, z których 7 umarło. Przyczyny powstania choroby szukać tu należy z całą pewnością w piciu wody, pochodzącej z wodociągów budapeszteńskich, dostarczających sztucznie, niestety bardzo niedostatecznie filtrowanej wody z Dunaju. Władza wojskowa, wiedząc o tem dobrze, pozwalała tylko na użycie wody tej do mycia. Dla jak najpewniejszego, o ile możności zapobieżenia używaniu tej wody do picia, zamknięto rury wodociągowe i zostawiono je otwarte tylko w miejscach, służących do mycia, nadto najsurowiej zakazano żołnierzom picia tej wody. Pułk ten, odbywający wówczas marsz z Rzeszowa do nowego swego garnizonu, Budapesztu, ściśle unikał wszystkich miejscowości, cholerą nawiedzonych, stosunki jego zdrowotne były wyśmienite a w szczególności nie przydarzały się żadne choroby przewodu pokarmowego. Zawleczenie cholery przez rekrutów, którzy właśnie w owym czasie (w początku Października) wstąpili do wojska, można na podstawie przeprowadzonych poszukiwań wykluczyć tak, że przyjąć należy, iż choroba musiała mieć swoje źródło w samym Budapeszcie, w którym podówczas cholera grasowała wśród ludności cywilnej.

Przypuszczenie, że utrzymująca się wówczas trwale wysoką temperaturę powietrza, brak opadów atmosferycznych z następowem obniżeniem się wody gruntowej w połączeniu z wysoką ciepłotą ziemi uczynić należy odpowiedzialnemi za powstanie zarazy, upada samo przez się wobec okoliczności, że te same stosunki atmosferyczne trwały jeszcze długi czas po wygaśnięciu cholery. Natomiast stwierdzono na pewne, że żołnierze, którzy zapadli na cholerę, wbrew surowemu zakazowi używania wody z wodociągów do picia, wodę tę przecież pili, że następnie w tydzień po zamknięciu rur wodociągowych wygasła cholera także w miejscach do mycia przeznaczonych i że oficerowie, jakoteż żonaci podoficerowie wraz z ich rodzinami, którzy nie pili wody z wodociągów, na cholerę nie zapadli. Wszystkie te okoliczności prowadzą do twierdzenia, że tylko picie tej wody było przyczyną epidemii. Także liczne i często groźne postacie kataru jelitowego, które w czasie epidemii przydarzały się w powyższym pułku huzarów, odnieść należy do picia wody z wodociągów. I tak przydarzyło się w przeciągu trzech tygodni 53 przypadków ostrego nieżytu jelitowego; 40 chorych przyznało się do picia wody wodociągowej. Ze względu na równe pochodzenie tych przypadków chorób jelitowych z cholerą rozszerzono wszelkie przepisy odkażania i sanitarno-policyjne środki ostrożności także na huzarów, którzy zapadli na ostry nieżyt jelitowy. Naumyślnie przytoczyliśmy nieco obszerniej powyższy smutny przykład z pułkiem huzarskim, by wykazać, że prątki cholery azyatyckiej dostają się do ustroju człowieka nie za pośrednictwem narządu oddechowego lub na innej drodze, lecz wyłącznie prawie na drodze narządu pokarmowego i to za pośrednictwem wody, do picia użytej.

Z chwilą stwierdzenia wybuchu cholery azyatyckiej między ludnością cywilną zarządziły natychmiast władze wojskowe najostrzejsze środki ostrożności celem zapobieżenia zawleczeniu zarazy między żołnierzy. Ściśle przestrzeganie tych zarządzonych przepisów zapobiegawczych oddawało też, z małemi tylko wyjątkami, bardzo cenne usługi załogom, znajdującym się w zarażonych okręgach. Do środków tych należało: ograniczenie lub zupełne zabronienie żołnierzom wychodzenia z koszar, zakaz uczęszczania do gospod i mieszkań prywatnych (w jednym przypadku zachorował żołnierz po odwiedzeniu matki, w której rodzinie przydarzył się przypadek śmierci na cholerę azyatycką), umywanie rąk przed i po jedzeniu wodą mydlaną, wstrzymywanie kąpieli w rzekach podejrzanych, celem zapobieżenia mimowolnemu połykaniu zakażonej wody rzecznej podczas kąpania się, wobec okoliczności, że właśnie ludność, nad rzekami mieszkająca i używająca wody rzecznej do picia, najczęściej zapadała na cholerę, wyłączne używanie rzeczywiście dobrej wody do picia i gotowania, przyznanie dodatku sanitarnego w postaci pół porcyi herbaty z rumem dla jednego żołnierza i na jeden dzień na czas trwania epidemii.

Według sprawozdania władz wojskowych wybuchła cholera na Węgrzech w ogóle naprzód w Satmarze, zkąd roz-

[1]) Ministerstwo wojny austryackie wydaje corocznie Rocznik wojskowo-statystyczny (*Militaer-statistisches Jahrbuch*), w którym skrzętnie zebrane są wszelkie urzędowe daty, tyczące się przybytku i ubytku w armii, właściwości fizycznych i psychicznych do poboru powołanych, jakoteż stosunków zdrowotnych żołnierzy.

szerzyła się powoli, trzymając się brzegu rzek Samosza i Cisy, ku północy i sprawiając największe spustoszenia w komitacie maramaroskim (w sąsiedztwie granicy galicyjsko-węgierskiej), gdzie 15.000 ludzi, przeważnie robotników, zajętych budową kolei żelaznej, zachorowało, z których też więcej, niż połowa umarła.

W terytoryalnym okręgu wojskowym, zagrzebskim wystąpiły naprzód sporadyczne przypadki cholery wśród ludności cywilnej a to przedewszystkiem między robotnikami w fabryce szkła i więźniami cywilnego domu karnego w Osieku a dopiero po upływie dwóch tygodni przydarzył się w wojsku tamtejszem pierwszy przypadek cholery. Związku między zachorzeniami w ludności cywilnej i w wojsku, jakoteż sposobu zawleczenia choroby do niego, mimo najdokładniejszych badań nie można było wykazać. Wody z wodociągów do picia służącej nie można było obwiniać; stosownie do występowania rozsianego choroby należało raczej przyjąć przeniesienie z przypadku na przypadek przez zetknięcie się z chorymi i ich przedmiotami. Celem zapobieżenia rozszerzeniu się tu zarazy zarządzono prócz przepisanych środków ostrożności: noszenie opaski flanelowej na brzuchu, gotowanie wody do picia służącej, herbatę z rumem na noc, zmniejszenie liczby żołnierzy w ubikacyach koszarowych, powiększenie personalu sanitarnego garnizonu o dwóch lekarzy wojskowych, częste przepłukiwania kanałów, szybkie usuwanie i natychmiastowe przeniesienie chorych do odosobnionych szpitali cholerycznych, dokładne przeprowadzanie odrażenia i t. p.

Co się tyczy przypadków cholery w okręgu Serajewskim, to i tu wystąpiła cholera nasamprzód między ludnością cywilną i to między robotnikami zajętymi przy budowie mostu kolei żelaznej w Bresce, gdzie w przeciągu miesiąca zachorowało 84 osób, z których 45 umarło. Mimo to, że garnizujące tu wojsko, strzegące brzegów rzeki Sawy, wystawione było na wielkie niewygody i bezpośrednie niebezpieczeństwo zarażenia się, nie zachorował żaden żołnierz wtedy na cholerę. W innych miastach Bośnii i Hercegowiny zachorowało w tym czasie na cholerę 997 ludzi, z których umarło 513, w wojsku 4 żołnierzy, z których jeden umarł. W okręgach lwowskim i hermansztackim udało się przy ścisłem przestrzeganiu przepisów wojskowych, mimo licznych przypadków cholery między ludnością cywilną, w zupełności uchronić wojsko przed epidemią.

W okręgu wojskowym lwowskim wystąpiła cholera w r. 1893. dwa razy epidemicznie. W Marcu i Kwietniu przydarzyło się w niektórych miejscowościach powiatu borszczowskiego mniej lub więcej 40 przypadków cholery, z których 20 zakończyło się śmiertelnie. W Maju, Czerwcu i Lipcu była cała Galicya wschodnia wolną od cholery, dopiero w Sierpniu pokazywały się znowu pierwsze przypadki cholery w Delatynie (w powiecie nadworniańskim) między robotnikami przy kolei żelaznej, przybyłymi z Węgier i rozszerzyły się następnie z nadzwyczajną gwałtownością w tamtejszych okolicach między stale mieszkającą ludnością. Następnie przeciągnęła epidemia przez powiaty stanisławowski, kołomyjski, śniatyński, bohorodczański, czortkowski, stryjski i horodeński, trwając ze zmiennem nasileniem aż do Grudnia i dopiero 24 t. m. można było ogłosić cały kraj za wolny od cholery. Dla zapobieżenia zawleczeniu choroby między wojsko nie powołano do ćwiczeń w roku 1893. rezerwistów z przytoczonych powiatów, cholerą nawiedzonych.

W okręgu wojskowym hermansztackim w przeciągu trzech miesięcy zachorowało 200 a 126 osób umarło na cholerę. Dopiero interwencyi władz wojskowych, które zwróciły uwagę organów właściwych na pierwsze przypadki choroby, zawdzięczyć należy, że przeciw każdemu przypadkowi wystąpiono natychmiast z odpowiednią energią, przezco zapobieżono dalszemu rozszerzeniu się choroby.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Września 1895 r.

— K. Richet obliczył śmiertelność dwutygodniową w Paryżu z błonicy w pierwszem półroczu 5 lat poprzedzających rok 1895. t. j. rok ogólnego zastosowania terapeutycznego surowicy Rouxa, i lat 1884 tudzież 1887. wziętych tylko dla przykładu. Z dat w ten sposób otrzymanych pokazuje się, iż gdy w latach 1884, 1887 i 1890 do 1894. na dwa tygodnie przypadało przypadków śmierci z błonicy od 145 do 30, było w pierwszem półroczu roku bieżącego przypadków śmierci z błonicy od 27 do 4, t. j. największa śmiertelność w pierwszem półroczu roku 1895. jest mniejszą od najmniejszej śmiertelności z wymienionych powyżej siedmiu lat. Jakkolwiek te liczby nie są jeszcze ostatecznym dowodem skuteczności terapii surowiczej w błonicy, zawsze zasługują one na uwagę a w każdym razie stanowią ważny materyał do ocenienia postępów terapii w błonicy.

— Przy szpitalu N. M. P. w Częstochowie ma być otwarty oddział chirurgiczny, który obejmie Dr. Władysław Wrześniowski, zastępca lekarza naczelnego W. Biegańskiego podczas jego nieobecności.

— Dr. Munro, fizyk hrabstwa Renfrew w Anglii, tak oblicza koszt epidemii duru brzusznego, wybuchłej w pewnym okręgu tegoż hrabstwa: Było 859 przypadków, z których 74 zakończyły śmiercią. Koszt leczenia chorego w szpitalu wyniósł 218 franków a koszta leczenia wszystkich przypadków w ogólności po 125 franków od głowy. Strata zarobku przez chorych wyniosła 82275 franków, koszta pogrzebu po 125 franków od osoby. Wartość życia człowieka przyjmuje Munro za 159 funtów szterlingów czyli 3975 franków. Zliczając to wszystko razem wypada, iż ta epidemia kosztowała co najmniej 587400 franków a ponieważ dur brzuszny jest chorobą, którą, jak pokazuje doświadczenie, można bardzo skutecznie zwalczać stósownemi reformami higienicznemi, przeto nie ma wątpliwości, iż urządzenia sanitarne a w pierwszym rzędzie ze względu właśnie na dur brzuszny doprowadzenie dobrej wody nawet ekonomicznie opłacają się sowicie. Oby to i u nas chciano zrozumieć!

— Cholera w Tarnopolu trzyma się w mierze, dzięki energii władz sanitarnych a mianowicie wysłanego przez rząd inspektora lekarskiego, Dra J. Barzyckiego. Od 23. Sierpnia dotychczas umarło na nią 10 a zasłabło 22 osób. W okolicy i w sąsiednich powiatach były tylko odosobnione przypadki.

Gubernia podolska ogłoszona jako nawiedzona cholerą.

— Według poszukiwań dokonanych z polecenia Towarzystwa lekarzy liwońskich w latach 1892. i 1893. jest w Liwonii kiła bardzo rozpowszechnioną; w roku 1892., względnie 1893. miało kiłę 1·53, względnie 1·96‰ ludności. Jeżeli się zważy, iż liczba osób dotkniętych chorobami wenerycznemi, między któremi wiewiór (*gonorrhoea*) jest bez porównania częstszym niż kiła (*lues*), wynosi w Szwecyi 1·24‰, w Finlandyi 2·27‰ a w Danii 4·36‰ ogółu ludności, to nie ma wątpliwości, iż kiła rzeczywiście przybrała w Liwonii rozmiary niezwykłe. Tyczy się to osobliwie miast; jakoż w roku 1892. miało w Rydze 6·05‰ a w Juryewie (Dorpacie) nawet 8·45‰ ludności kiłę, gdy odpowiednie liczby wynosiły w Kopenhadze 4·16‰ a w Berlinie 4‰.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 6. b. m. w Kutnie w 58. roku życia Dr. **Andrzej Pielaszewski.** W Konstancyi nad jeziorem badeńskiem Dr. **Edward Graf,** wiceprezydent pruskiej izby posłów, koło podniesienia społecznego stanowiska lekarzy w Niemczech bardzo zasłużony. W Pizie w 79. roku życia Dr. **Paschalis Landi,** profesor chirurgii.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Brodach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu. Pensya roczna 500 złr., 350 złr. dodatku na objazdy, obowiązek utrzymywania apteki domo-

wej. Podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyj prawnie wymaganych do 31. Października r. b.

— **Konkurs** na posadę drugiego lekarza miejskiego w Tarnopolu. Pensya roczna 600 złr., 120 złr. dodatku na mieszkanie, 50 złr. dodatku na dorożkę, prawo do trzech pięcioleci po 60 złr. Podania do 1. Października r. b. na ręce burmistrza tarnopolskiego.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 36. T. Jasieński: Rzadki przypadek histeryi u młodego chłopca (*athetosis duplex hysterica, paralysis glosso-labialis hysterica*). A. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej nerek (dok.). B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. — W *Kronice lekarskiej*, zeszycie z 1. Września: J. Swieżyński: Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewań do kiszki stolcowej u człowieka i zwierząt. J. Zawadzki i L. E. Bregman: Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następczym zatorem tętnicy Sylwiusza oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego. — W *Medycynie* Nrze 36. F. Ficki: Rak czy przerost miąższu i błony śluzowej szyi macicznej? F. Arnstein: Kilka przypadków zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym oraz kilka słów o rozpoznawaniu zimnicy u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 21. Września 1895 r. **Nr. 38.**

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 105.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, **w Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, **w Paryżu** p. Adam 31, rue des Saints Pères, **w Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Przypadek XVIII.

L. prot. zakł. 240. W. J., lat 50. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.*

O p i s p r e p a r a t u. Macica przechowana w $1^0/_0$ formalinie rozmiarów prawidłowych, bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Miąższ macicy bardzo zbity, w ogóle preparat bardzo twardy, co przypisać należy działaniu formaliny. Długość macicy 7 cm., długość jamy 5·2 cm., grubość ściany w trzonie 1·8 cm.

Nowotwór zajmuje część pochwową i dolny odcinek od tyłu, ponad ujście wewnętrzne nie przechodzi. Odległość od ujścia do nowotworu wynosi 1.7 cm. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

B a d a n i e s k r a w k ó w z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

B a d a n i e s k r a w k ó w błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa cienka, powierzchnia falista, przybłonkiem wałeczkowym pokryta, gruczołów bardzo mierna liczba o świetle bardzo wąskiem, jak to bywa w zaniku gruczołów, niektóre gruczoły rozszerzone w postaci torbiela a przybłonek w nich spłaszczony. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną bardzo ostra. Tkanka międzygruczołowa obfita, w warstwie powierzchownej zawiera dużo komórek, w głębszych warstwach włóknista. Naczynia okazują zmiany takie, jak w poprzednim przypadku.

R o z p o z n a n i e: *Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incipiens.*

Przypadek XIX.

L. prot. zakł. 242. K. A., lat 67. Operowana w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri. Marasmus senilis.*

O p i s p r e p a r a t u. Macica przechowana w $1^0/_0$ formalinie, większa i grubsza w trzonie, z częściami dodatkowemi po stronie lewej. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy i jamy jej w całości nie da się oznaczyć, gdyż część pochwowa i szyja zniszczone przez nowotwór, który sięga aż do ujścia wewnętrznego, ale go nie przekracza. Nowotwór przechodzi wyraźnie na tkankę okołomaciczną po stronie prawej. Cały preparat bardzo twardy z powodu przechowania w formalinie. Długość macicy do ujścia wewnętrznego 5·7 cm., długość jamy do ujścia wewnętrznego 4·2 cm., grubość ściany 2·4 cm.

B a d a n i e s k r a w k ó w z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

B a d a n i e s k r a w k ó w błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa cienka, powierzchnia falista, przybłonka na powierzchni brak, gruczołów mało, przebieg ich do powierzchni prostopadły, ztąd gruczoły dłuższe w formie cewek; światło gruczołów wąskie, tu i ówdzie drążą one w warstwę mięsną, lecz granica między nią a błoną śluzową wyraźna. Przybłonek w gruczołach dobrze utrzymany, lecz nieco spłaszczony. Tkanki międzygruczołowej dużo; w niej komórki okrągłe, owalne i wrzecionowate. Naczyń mało ze zmianami, jak w przypadkach wyżej opisanych. W tym przypadku zanik gruczołów dalej posunięty.

R o z p o z n a n i e: *Endometritis interstitialis, atrophia glandularum et atrophia incipiens mucosae.*

Przypadek XX.

L. prot. zakł. 243. A. B., lat 35. Rozpoznanie: *Carcinoma recidivum cervicis uteri.* Dnia 5. Czerwca zrobiono amputacyę sposobem Schroedera. Operowana powtórnie w oddziale prof. Obalińskiego 14. Września 1894.

O p i s p r e p a r a t u. Macica przechowana w $1^0/_0$ formalinie, twarda, przekrój z przodu w tył, macica bez części dodatkowych, w trzonie nie powiększona, natomiast szyja i część pochwowa musiały być znacznie grubsze, co z resztki

kikuta wnosić można. Nowotwór przekracza ujście wewnętrzne i zajmuje dolną część macicy. Odległość nowotworu od *fundus* wynosi 3·2 cm.

Błona śluzowa jamy macicy w części niezajętej przez nowotwór jest grubsza, pofałdowana.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma alveolare*.

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy z okolicy dna wykazuje:

Błona śluzowa dosyć cienka, miejscami nawet bardzo cienka, gruczołów mierna liczba. Powierzchnia błony śluzowej pokryta przybłonkiem wałeczkowym, dobrze utrzymanym. Powierzchnia błony śluzowej nierówna, lecz wystają na niej twory uszypułkowane, na szczycie kolbowato rozszerzone, o utkaniu błony śluzowej nieprawidłowem. Błona śluzowa tam, gdzie nie jest ścieńczała, okazuje większą liczbę gruczołów w warstwie głębszej. Gruczoły są większe, wydłużone; przybłonek w nich prawidłowy. Oprócz tego w warstwie powierzchownej a szczególniej w tych uszypułkowanych tworach są gruczoły rozszerzone, wypełnione skrzepami włóknika, tworzącemi beleczki i nitki zawierające miejscami jakby komórki olbrzymie (*Brutzellen Virchowa*). Przybłonek w tych gruczołach miejscami niewidoczny, w innych jest utrzymany, lecz barwi się bardzo słabo a komórki są jakby obrzmiałe, napęczniałe. W tkance międzygruczołowej jest naciek drobnokomórkowy (leukocyty), ogniskowy, beleczki tkanki łącznej wyglądają jak nabrzmiałe tak, że tkanka robi wrażenie zwyrodnienia śluzakowatego. Granica między błoną śluzową a tkanką mięsną dosyć ostra.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis polyposo-cystica. Degeneratio myxomatosa partialis mucosae.*

Przypadek XXI.

L. prot. zakł. 224. Ch. F., lat 38. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w 1% formalinie, większa i grubsza, bez części dodatkowych, przekrój z przodu w tył. Długość macicy od dna do ujścia wewnętrznego 5·7 cm. Długość jamy do ujścia wewnętrznego 3·8 cm. Grubość ściany w trzonie 2·2 cm. Dolna część macicy aż do ujścia wewnętrznego zajęta przez nowotwór; nowotwór przechodzi na *parametria*. Błona śluzowa jamy macicy grubsza, lecz gładka.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa grubsza, na powierzchni pokryta przybłonkiem. Gruczołów znacznie większa liczba, przekroje gruczołów poprzeczne o świetle niepowiększonem, przybłonek w gruczołach prawidłowy, niektóre gruczoły wydłużone. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa niezbyt obfita, więcej włóknista, tu i ówdzie ogniskowo naciek drobnokomórkowy. W naczyniach zmian wybitnych nie ma.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis productiva.*

Zestawienie.

L. p.	Imię i nazwisko, wiek	Rozpoznanie kliniczne	Zmiany drobnowidowe części pochwowej i szyi	Zmiany drobnowidowe błony śluzowej jamy
1.	W. E. lat 43.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma portionis vagin.	Endometritis interstitialis fibrosa
2.	M. L. lat 35.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum cervicis uteri	Endometritis glandularis productiva
3.	A. K. lat 52.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma tubulare	Endometritis interstitialis atrophicans
4.	N. N. lat 45.	Carcinoma port. vagin. Fibromata uteri	Epithelioma lobulare incip.	Adenoma destruens mucosae uteri
5.	G. J. lat 56.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma alveolare	Endometritis interstitialis atrophicans
6.	N. N. lat ?	—	Carcinoma scirrhosum	Atrophia mucosae uteri
7.	S. M. lat 34.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et interstitialis
8.	N. N. lat 55.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Adenoma destruens	Adeno-carcinoma mucosae uteri?
9.	S. K. lat 33.	Carc. port. vagin. et cerv.	Epithel. alveol. port. vagin.	Endometritis interstitialis atrophic.
10	W. R. lat 28.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Adeno-carcinoma cervicis et uteri	Endometritis glandularis productiva et interstitialis incip.
11.	K. L. lat 48.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Epithelioma tubulare	Endometritis interstitialis. Atrophia glandularis incipiens
12.	F. J. lat 38.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et praecip. interstitialis. Atrophia glandular. incip.
13.	P. M. lat 40.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma tubulare	Endometritis glandularis productiva. Mucosa infra menses?
14.	A. M. lat 38.	Carcinoma port. vagin.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis. Mucosa infra menses
15.	L. F. lat 40.	Carcinoma port. vagin. et cerv.	Carcinoma scirrhosum	Endometritis glandularis et interstitialis
16.	J. J. lat 50.	Carcinoma port. vagin. et cerv. Fibromata uteri	Epithelioma lobulare	Adenoma destruens mucosae uteri
17.	J. K. lat 40.	Carcinoma port. vagin.	Adeno-carcinoma cerv. uteri	Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incip.
18.	W. J. lat 50.	Carcinoma port. vagin.	Epithelioma lobulare	Endometritis interstitialis. Atrophia mucosae incip.
19.	K. A. lat 67.	Carcinoma port. et cerv.	Epithelioma lobulare	Endometritis interstitialis. Atrophia glandularis. Atrophia mucosae incip.
20.	A. B. lat 35.	Carcinoma recidiv. cerv. uteri	Carcinoma alveolare	Endometritis glandularis polyposo-cystica. Degeneratio partialis mucosae myxomatosa
21.	Ch. F. lat 38.	Carcinoma port. et cerv.	Epithelioma portionis vagin.	Endometritis glandular. productiva

Zestawiając wyniki badania drobnowidowego w 21 przypadkach wysnuć z nich możemy następujące wnioski:

1) We wszystkich badanych przypadkach błona śluzowa jamy macicy przedstawia zmiany patologiczne.

2) Zmiany te polegają w największej liczbie przypadków (18 razy na 21 przypadków) na chronicznej sprawie zapalnej, bądź w gruczołach (przyp. II., XIII., XIV., XX. i XXI.), bądź w tkance międzygruczołowej (przyp. I., III., V., IX., XI., XVII., XVIII., XIX., albo w obydwóch razem (przyp. VII., X., XII., XV.).

3) W jednym przypadku (przyp. VI.) mamy znaczny zanik błony śluzowej.

4) W dwóch przypadkach (przyp. IV. i XVI.) obok raka części pochwowej i szyi, w jamie macicy znaleziono nowotwór złośliwy odmiennej budowy, wychodzący z przybłonka gruczołów, oddzielony od raka części pochwowej warstwą zdrowej tkanki. Nowotwór ten w jamie macicy nie okazywał guza ograniczonego; nawet błona śluzowa przy oglądaniu gołem okiem nie wydawała się zmienioną.

W przypadku VIII. znaleziono również w jamie macicy nowotwór na miejscu odległem; ponieważ jednak budowa jego podobna jest do budowy raka szyi (*adenocarcinoma*) a w warstwie oddzielającej są miejsca podejrzane, przeto uważać muszę ten nowotwór w jamie macicy za zwykły przerzut.

5) Zmiany zapalne są tak częste i tak wybitne, iż nasuwa się myśl, że istnieje pewien związek między nowotworem a zmianami na błonie śluzowej, chociaż udowodnić tego stanowczo nie można, czy one zależą wyłącznie od obecności nowotworu, tem bardziej, że rak występuje najczęściej u kobiet, które odbywały porody niejednokrotnie; czynność ta usposabia macicę do zmian chorobowych, nasuwa się więc przypuszczenie, że zmiany te nie są jedynie wynikiem obecności raka, lecz, że błona śluzowa jamy już dawniej okazywała zmiany a stopień schorzenia mógł powiększyć się pod wpływem raka. Do wyjaśnienia tej kwestyi musielibyśmy badać szereg macic osób dotkniętych rakiem części pochwowej, które nie rodziły i nie okazywały żadnych zmian na błonie śluzowej jamy macicy.

6) Zmiany zapalne produktywne występują wybitniej u osób młodszych, u których żywotność tkanek jest większa (przyp. II. l. 35, VII. l. 34, X. l. 28, XII. l. 38 i t. d. patrz zestawienie). W wieku późniejszym, wobec raka części pochwowej i szyi, mamy skłonność do zmian w tkance międzygruczołowej, które mogą dać powód do zaniku gruczołów i błony śluzowej. Wybitny zanik błony śluzowej spotykamy rzadko (raz na 21 przypadków (VI)), chociaż wiek, w którym rak się rozwija, sprzyja tej zmianie.

7) Nie można zgodzić się na zapatrywanie Abla, że zmiany w tkance międzygruczołowej są natury nowotworowej (mięsak), bo jakkolwiek w pewnych razach komórki większe z jądrem owalnem i obfitem pierwoszczem, jeżeli preparat oglądamy w znacznem powiększeniu, bez uwzględnienia miejsc sąsiednich, mogą na pierwszy rzut oka robić wrażenie komórek nowotworowych, to przecież nie rozwijają się ze szkodą tkanki macierzystej, nie wrastają w światło gruczołów i nie niszczą budowy błony śluzowej; różnorodność zaś komórek (od leukocytów aż do komórek wrzecionowatych tkanki łącznej) i zmiany naczyniowe przemawiają za sprawą zapalną.

8) W przypadkach raka części pochwowej i szyi, nawet w okresie początkowym może wystąpić w odległem miejscu na błonie śluzowej jamy macicy nowotwór, którego nie można uważać za przerzut, albowiem budowa jego może być odmienna a między nim a nowotworem pierwotnym mamy warstwę tkanki zupełnie zdrowej (przyp. IV. i XVI.). Te zmiany uważać należy za ciężkie.

9) Co się tyczy kierunku przebiegu gruczołów, zmian przybłonka, rozszerzenia gruczołów, pewnej skłonności wrastania ich w powierzchowne warstwy mięśni i zmian w naczyniach, to badania moje zgadzają się z wynikami Saurenhausa i Tussenbrocka.

10) W jednym przypadku (III.) stwierdza się spostrzeżenie Seeliga, że rak nie zawsze przekracza ujście wewnętrzne macicy drogą błony śluzowej, lecz może się rozszerzać drogą zewnętrznej warstwy mięsnej.

11) Godzi się nadmienić, że w obydwóch przypadkach, w których znalazłem w jamie macicy zmiany nowotworowe (przyp. IV. i XVI.), w macicy obok raka części pochwowej były liczne włókniaki.

12) Co do operacyjnego leczenia raka, to przyp. IV. i XVI. dowodzą, że tylko wczesne, zupełne usuwanie macicy jest operacyą racyonalna. Już dawniej powiedział Fritsch, że chociażbyśmy znali tylko jeden przypadek z literatury, w którym obok raka części pochwowej lub szyi znaleziono nowotwór w jamie macicy, to już ten jeden przypadek rozstrzyga raz na zawsze, czy mamy wykonywać częściowe odcięcie, czy usuwać całą macicę.

W końcu czynię zadosyć miłemu obowiązkowi składając podziękowanie prof. Marsowi za odstąpienie materyału i światłą radę, jak również prof. Browiczowi, że był łaskaw przejrzeć ważniejsze preparaty.

II. Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Angina scarlatinosa.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz tegoż oddziału.

Płonica należy do rzędu chorób zakaźnych, których swoisty zarazek pomimo licznych poszukiwań dotychczas nie jest znany. Doświadczenia kliniczne potwierdzają tylko, że to jest choroba zaraźliwa, że zarażenie się następuje przez bezpośrednią lub pośrednią styczność z chorymi, lub też przez powietrze otaczające chorego, zatem *contagium* jest lotne a nadto przyczepia się do rozmaitych przedmiotów, jak do sukni, do łóżek, do ścian i t. d. Nie ulega wątpliwości, że istnieje odporność wrodzona na tę chorobę i nabyta przez częstą styczność z chorymi, za czem przemawia okoliczność, że lekarze, którzy stykają się z takimi chorymi i posługacze rzadko zapadają na to cierpienie. Czy zaś odporność nabyta jest trwałą lub przemijającą, nie wiemy.

Do pierwszych objawów płonicy należy zapalenie gardła (*angina*), które występuje głównie w dwóch formach, albo jako:

1) *angina catarrhalis*, gdzie przychodzi do obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowej jamy ustnej; po największej

części zaczerwienienie to występuje na podniebieniu miękkiem, na języczku, na łukach podniebiennych, przyczem migdałki są powiększone, zaczerwienione i obrzmiałe. Charakterystycznie zachowuje się język tak, że bardzo często z wejrzenia jego bez osutki na skórze z wszelkiem prawdopodobieństwem rozpoznać można płonicę. Mianowicie brzeg i koniec języka okazują punkciki czerwone, co pochodzi z obrzmienia brodaweczek nitkowatych *(papillae filiformes)*, powierzchnia zaś języka jest obłożona szarożółtym nalotem. Po 2 do 3 dniach ustępuje nalot z powierzchni języka a wtedy widać, że cały język jest silnie zaczerwieniony a obrzmiałe brodaweczki nadają mu wejrzenie malinowate. W całości język jest obrzmiały, za czem przemawiają wgniecenia po bokach od zębów pochodzące.

Podobnie zachowuje się język i w drugiej formie, mianowicie:

2) *angina necrotica*, niesłusznie dawniej zwana *diphtheria scarlatinosa*. Według dzisiejszego stanu nauki możemy wtedy tylko mówić o błonicy, gdy wykażemy prątki Löfflera a gdzie ich nie ma, o błonicy mowy być nie może. Przypadki takie, gdzie obok płonicy jest i błonica rzeczywista, należą do bardzo ciężkich.

Na pozór błonica niczem się prawie nie różni od *angina necrotica* a jednak różnice są wielkie tak pod względem bakteryologicznym jak i klinicznym, *angina necrotica* bowiem 1) najczęściej występuje na migdałkach, dalej po bokach języczka i na łukach, w krtani i tchawicy zmian żadnych nie ma; 2) nie wywołuje porażeń, ani stanów do nich podobnych; 3) a co najważniejsza, brak prątków Löfflerowskich. Muszą zatem być inne zarazki, których działanie wpływa na formę zajęcia płoniczego gardła a tem samem i na późniejszy przebieg chorobowy.

Badanie przeze mnie przeprowadzone w zakładzie higieniczno-bakteryologicznym prof. O. Bujwida wykazało chorobotwórcze gronkowce i paciorkowce, obok wielu innych bakteryj, zwykle w jamie ustnej się znajdujących. O ile chorobotwórcze te mikroby wpływają na przebieg choroby, wskazuje niżej podana tablica.

Imię i nazwisko	Forma zajęcia gardła	Wynik badania bakteryolog.	Powikłania	Zejście
Jędrzej S.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci aureus* i *albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Jadwiga F.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococci* obficie, rzadko *streptococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Eleonora Z.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Wojciech N.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, streptococcus brevis* skąpo	bez powikłań	uleczony
Roman R.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, albus*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Antonina O.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococcus aureus, streptococcus brevis* w skąpej ilości	bez powikłań	uleczona
Leon F.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus aureus*, mało *albus*, obficie *streptococcus longus*	powikłania: *nephritis acuta, oedema univers.*, przebieg ciężki	uleczony
Józef J.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus aureus, albus, streptococcus brevis* obficie	powikłania: *pleuropneumonia crouposa unilateralis, endocarditis, phlegmone regionis submentalis dextrae et brachii sin., abscessus retropharyngealis*	zejście śmiertelne
Regina M.	*Angina necrotica*	*Staphylococcus* i *streptococcus longus* obficie	*Empyema, endocarditis, nephritis acuta*	zejście śmiertelne
Wiktorya S.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	brak powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Jędrzej K.	*Angina necrotica*	przeważnie *staphylococci, streptococcus longus* skąpo	brak powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Piotr K.	*Angina necrotica*	*Streptococcus longus* a skąpo *staphylococci*	powikłania: *nephritis acuta, oedema*, przebieg ciężki	uleczony
Franciszka B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Kunegunda W.	*Angina necrotica*	przeważnie *streptococcus longus*, mało *staphylococci*	powikłania: *nephritis*, przebieg ciężki	uleczona
Agnieszka S.	*Angina necrotica*	przeważnie *streptococcus*, mało *staphylococci*	powikłania: *nephritis, oedema pedum, erysipelas pudendi*, przebieg ciężki	uleczona
Katarzyna Ł.	*Angina necrotica*	obok *staphylococci* obficie *streptococci*	powikłania: *nephritis, rheumatismus artic. acutus, endocard.*	uleczona
Franciszek B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczony
Katarzyna G.	*Angina catarrhalis*	*Staphylococci*, skąpo *streptococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona

Imię i nazwisko	Forma zajęcia gardła	Wynik badania bakteryolog.	Powikłania	Zejście
Zofia B.	*Angina catarrhalis*	same *staphylococci*	bez powikłań, przebieg łagodny	uleczona
Wojciech M.	*Angina necrotica*	*Staphylococci* i *streptococci* obficie	powikłania: *nephritis acuta*, *oedema pedum*	uleczony

Z powyższego wynika, że w przypadkach nieżytowego zapalenia gardła najczęściej znachodzimy gronkowce, rzadko paciorkowce; w przypadkach *angina necrotica* obok gronkowców i paciorkowce obficie. Mamy zatem zakażenie dwojakie: 1) jednolite, gdzie przeważają gronkowce (albo co rzedziej, paciorkowce), gdy innych ziarników chorobotwórczych albo wcale nie ma, albo ich tylko jest bardzo mało tak, że działanie ich się niweczy, 2) mieszane, gdzie obok gronkowców są i paciorkowce obficie.

Nie ulega wątpliwości, że od stopnia zakażenia zależy późniejszy przebieg choroby; zatem *angina necrotica* przedstawia zakażenie cięższe, (bo mięszane), aniżeli *angina catarrhalis*. I rzeczywiście wyżej wymienione przypadki potwierdzają to w zupełności, bo prawie wszystkie przypadki *angina necrotica* okazywały później przebieg płonicy bardzo ciężki, z powikłaniami połączony a śmiertelność znaczną, bo na 8 przypadków ciężkich, 2 przypadki śmiercią zakończone czyli śmiertelność 25%. Do złośliwego przebiegu choroby przyczyniają się głównie paciorkowce a że tak jest, dowodzą tego doświadczenia w innej chorobie zakaźnej, mianowicie w błonicy. Roux i Martin wstrzykiwali surowicę leczniczą zwierzętom poprzednio zaszczepionym hodowlami prątków Löfflerowskich i paciorkowca. Zwierzęta okazywały przebieg błonicy bardzo ciężki i pomimo surowicy padły po kilku dniach.

Chociaż dotychczas nie wykryto swoistego jadu w płonicy, jednak, ponieważ zapalenie gardła w większej części przypadków jest pierwszym objawem płonicy, można z rezultatu badania bakteryologicznego ze wszelkiem prawdopodobieństwem wnosić o przyszłym przebiegu choroby; mamy więc o jeden czynnik więcej dla rokowania.

W Krakowie dnia 30. Marca 1893.

III.

ODPOWIEDŹ

na „Kilka uwag Dra Mayzla" nad moją pracą:

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

„Non quantum, sed quale". Gdyby Dr. Mayzel zastanowił się nad znaczeniem słów powyższych, któremi tak pięknie zakończył swoich „Kilka uwag" o mojej pracy, byłby się był prawdopodobnie powstrzymał od napisania swojej krytyki (*sit venia verbo*), w której nie mogłem się dopatrzeć ani jednego słowa zbijającego, choćby jeden szczegół mojej pracy ze stanowiska bakteryologii, ze stanowiska nauki teoretycznej, której granic temat mojej pracy już z samej natury rzeczy nie starał się wcale przekroczyć. Nie zdziwiłem się temu wcale, wiedząc, że Dr. Mayzel jako lekarz praktyczny nie będzie się kusił o polemizowanie w kwestyi nauki ścisłej, zarzucając mi jakieś usterki lub błędy w przeprowadzeniu mych doświadczeń i badań bakteryologicznych. Autor zapatruje się na moją pracę ze stanowiska więcej praktycznego i domaga się koniecznie namacalnych i pewnych wyników dla swojej praktyki. Prace mające na celu badania stosunków żywotności i rozwoju mikroorganizmów pod wpływem rozmaitych wpływów chemicznych na pożywkach sztucznych, nie mają dla Dra Mayzla żadnego znaczenia, ponieważ cewka moczowa to nie agar i nie surowica; ztąd też wyniki praktyczne dla klinika żadne. Prawdopodobnie i cały szereg prac bakteryologicznych, które nie mają na razie na oku względów praktycznych a zajmują się życiem bakteryj poza organizmem zwierzęcym, zatem li tylko na pożywkach sztucznych nie przedstawiają dla Dra Mayzla wielkiego znaczenia. Dr. Mayzel nie mógł chyba wymagać odemnie, abym powyścielał probówki przybłonkiem cewki moczowej i na przyrządzonych w ten sposób pożywkach robił doświadczenia, łącząc tą drogą wyniki teoretyczne z postulatami Dra Mayzla jako lekarza praktycznego.

Zadaniem mojej pracy było, jak to sam oświadczyłem, oznaczenie wpływu rozmaitych związków chemicznych na rozwój hodowli gonokoków na jednej i tej samej pożywce w pewnym szeregu pokoleń; nie miałem więc zupełnie na oku na razie żadnych celów praktycznych, których chce się dopatrzeć Dr. Mayzel, ale i tak zdawało mi się, że choć z bardzo skromnym udziałem, przyczyniłem się do wzbogacenia naszych dotychczasowych wiadomości z dziedziny biologii gonokoków bodaj kilkoma szczegółami. Tymczasem Dr. Mayzel niweczy zupełnie moje złudzenia, mówiąc bez ogródki: „byłoby zdaniem mojem bardzo pożądanem, ażeby tej, tak olbrzymiej literatury trypra nie obciążać rzeczami nie przedstawiającymi dla nas wartości ani teoretycznej ani praktycznej". To „dla nas" zapewne uważa Dr. Mayzel za *pluralis majestaticus*, boć przecie nie mógł mieć upoważnienia ze strony grona kompetentnego do wydania tego wyroku. Ze zdania powyższego, które tak kategorycznie potępia wyniki mych badań, widnieje zaiste pochwały godna chęć Dra Mayzla utrzymania się na fali literatury bieżącej, jednak z drugiej strony muszę wyrazić me szczere ubolewanie, że Dra Mayzla nawet tak mały przyczynek przejmuje obawą przed zbytniem obciążeniem snać znużonego już nawałem literatury jego umysłu.

A teraz przechodzę do szczegółowych zarzutów: Celem doświadczeń moich było zbadanie pewnych szczegółów z biologii gonokoków a mianowicie po pierwsze ich hodowli względem różnych środków używanych w leczeniu trypra, powtóre zachowanie się ich względem sinku potasu, w którym teoretycznie dopatrywałem się dzielnego środka leczniczego. Wytknąwszy sobie powyższy cel, przeprowadziłem szereg doświadczeń niemal z wszystkimi używanymi środkami, jak to zresztą z tablic w pracy mojej wynika i doszedłem do tego, w biologii gonokoków nowego szczegółu, że

o przyzwyczajenie się do środka stosowanego przez pewien czas w tej samej koncentracyi nie można obwiniać błony śluzowej, lecz w pierwszym rzędzie należy przyzwyczajenie to odnieść do samego zarazka. Dr. Mayzel pisząc na str. 514. (wiersz 16.): „że błona śluzowa cewki moczowej przyzwyczaja się powoli po pewnym czasie do środka ściągającego", składa dowód, że pracy mej albo nie zrozumiał, albo też ją przelotnem tylko uraczył spojrzeniem. To zatem, na co praktycy empirycznie zwrócili oddawna uwagę, zostało stwierdzone mojemi badaniami, z tą tylko różnicą, że na podstawie moich badań nie można przyzwyczajenia tego odnosić do błony śluzowej, lecz tylko do zarazka.

Na zarzut Dra Mayzla, że doświadczenia moje są bezcelowe i nie powinne były być ogłaszane z tego powodu, że podłoża żywego dla gonokoków, t. j. cewki moczowej nie można porównywać z pożywkami sztucznemi, zatem że brak tu wszelkiej analogii, uważam za stósowne zwrócić uwagę, że w ostatnich czasach Finger, Ghon i Schlagenhaufer podobne przeprowadzali doświadczenia na pożywkach sztucznych *(Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom XXVIII. Zeszyt 1. i 2.) z tą tylko różnicą, że nie badali zachowywania się dalszych pokoleń hodowli macierzystej, jak ja to czyniłem w swojej ostatniej pracy. Dr. Mayzel zechce przypuścić, że tak Finger, Ghon i Schlagenhaufer jako też i ja zdawaliśmy sobie najdokładniej sprawę z tego, że błony śluzowej nie można brać za jedno z pożywką sztuczną, na której robiliśmy swoje doświadczenia. Autorowie powyżej przytoczeni, ogłaszając wyniki swych doświadczeń, dodają: *Obwohl wir uns bewusst waren, dass der Gonococcus auf den ihm passenden Schleimhauten ein viel besseres Nährmaterial finden müsse, als auf unseren Nährböden, wir also Schlüsse aus der Wirkung von Antisepticis auf Culturen auf unseren Nährboden nur mit grosser Reserve auf die Gonorrhoe der Schleimhäute übertragen dürfen, wollen wir doch versuchen die Einwirkung einiger unserer Antiseptica auf Gonococcenreinculturen zu studieren.* W uznaniu zatem całej tej różnicy nie wahali się autorowie ci podać wyników swych do wiadomości ogólnej. Że nie spotkał ich z tego powodu żaden zarzut, tłómaczę sobie chyba w ten sposób, że praca ta nie musiała dojść do rąk Dra Mayzla.

Zarzut zatem, jakobym nie umiał umotywować celu swoich badań, upada wobec okoliczności, że zaszczytnie znany syfilidolog jak Finger podjął się podobnych doświadczeń do spółki z dwoma autorami biegłymi w bakteryologii.

Wywodząc w pracy swej analogię między wynikami swych doświadczeń a badaniami na ludziach, miałem aż nadto po temu danych, które każdy nieuprzedzony łatwo w pracy mej dojrzy; jeźli zatem w tem miejscu Dr. Mayzel dopatruje się owego węzła gordyjskiego, to ów węzeł istnieje tylko dla niego, ja zaś zestawiając wyniki swej pracy do druku — wybaczy mi Dr. Mayzel — o jego osobie nie pamiętałem, w przeciwnym bowiem razie pokusiłbym się przyjść z pomocą w wyjaśnieniu wywodów aż nadto jasnych.

Doświadczenia moje z sinkiem potasu, były, jak już wyżej nadmieniłem, wynikiem mego przypuszczenia teoretycznego, iż może sinek potasu okaże się skutecznym przetworem w leczeniu trypra. Niestety doświadczenia moje zarówno na chorych jak i na hodowlach z roczynami sinku potasu przeprowadzone, dały mi zgodnie wynik niekorzystny; zatem istniała w zachowaniu się zarazka w sztucznej hodowli i na błonie śluzowej chorych zupełna, jakkolwiek przez Dra Mayzla nazwana „czemś najciekawszem", analogia. Podobnej analogii dopatrzy się również w pracy mojej każdy człowiek myślący w owem przyzwyczajaniu się zarazka do przetworów leczniczych zarówno w hodowlach sztucznych jakoteż na błonie śluzowej. Przyznaję, że wyniki moje z sinkiem potasu były niekorzystne, ale w nauce opartej na czystej empiryi są dla postępu jej niezbędnie potrzebne zarówno pozytywne jako też i negatywne spostrzeżenia i wnioski.

„*Non quantum, sed quale*". Nie mogę zakończyć tych słów odpowiedzi, aby nie wrócić do owej dewizy, tak lapidarnie kończącej ocenę Dra Mayzla, boć w istocie złożył on dowód, jak dalece wiernym jest tej zasadzie, ale tylko w jednej części. O ocenie Dra Mayzla śmiało można powiedzieć, że *non quantum*, lecz dodać należy, że i *non quale*.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryologia.

A. Marmorek: **Paciorkowiec i surowica przeciwpaciorkowcowa** (z pracowni Miecznikowa i Rouxa w instytucie Pasteura).

Człowiek jest najczulszem stworzeniem na działanie paciorkowca występującego w organizmie ludzkiem pod różnemi formami i okazującego rozmaitą siłę swego jadu. Klasyfikacya podłoży, używanych do hodowli paciorkowca przez autora, jest następująca:

1) Dwie części surowicy krwi ludzkiej i jedna część 1% bulionu mięsnego peptonizowanego.

2) Jedna część przesączyny (transsudatu), n. p. z puchliny brzucha i dwie części bulionu.

3) Dwie części surowicy krwi osła lub muła i jedna część bulionu.

4) Dwie części surowicy konia i jedna bulionu.

W tych hodowlach zachowuje paciorkowiec nader długo swoją jadowitość i nie zwiększa jej przez bezpośrednie przeszczepienie i wzrost mikrobów. Wykonywając typową metodę *passage* Pasteura ze świnek na króliki można zwiększyć siłę działania paciorkowca a przeszczepiając następnie na surowicę bulionową jesteśmy w stanie utrzymać w swej sile tak uzyskaną jadowitość. Powtarzając kilkakrotnie takie przeszczepianie doszedł autor autor po 2 miesiącach do t. zw. fizycznej granicy, gdzie jedna stomiliardowa część centymetra sześciennego hodowli wystarcza do zabicia królika. Do doświadczeń używa autor tak rozcieńczonej hodowli, by ilość płynu wstrzykniętego wynosiła 0·1 cm.^{3} a zdolna była królika 2 kilogramy ważącego zabić w 6 godzinach.

Jeden jest tylko rodzaj paciorkowca, występujący w organizmie ludzkim pod rozmaitemi formami stósownie do stopnia rozwoju i jakości pożywki.

Rogerowi, Behringowi, Lingelsheimowi i Mironowi udało się uodpornić niektóre zwierzęta przeciw paciorkowcom. Metody ku temu celowi służące są: szczepienie ochronne przez sterylizowane i przez żywe kultury. Idealna surowica jest ta, która pochodzi z zwierząt uodpornionych przeciw paciorkowcom okazującym jadowitość o wiele większą, niż jest w rzeczywistości a taką surowicę otrzymać można, jeżeli:

1) istnieje pożywka zdolna do wyhodowania jadu takiego stopnia i jego utrzymania;

2) istnieją zwierzęta, które znoszą działanie tak silnego jadu.

Zabieg uodporniania zwierząt polega na kilkokrotnem powtarzaniu podskórnych wstrzykiwań małych, coraz to sil-

niejszych dawek hodowli paciorkowca w odstępach czasu koniecznych do reakcyi odpowiedniej każdego szczepienia. Do doświadczeń używał autor owiec, koni i osłów. Owca znosi szczepienie o wiele lepiej, niż koń i osioł; objawy odczynu po wstrzykiwaniach są nieznaczne.

Po 10 miesiącach owca otrzymawszy 1300 cm.³ hodowli dostarcza skutecznej surowicy. Stosowania tej surowicy u ludzi z powodu zbyt małej ilości z owiec otrzymanej, jakoteż z powodu bólu i wyprysków wstrzykiwaniom towarzyszących zaniechano.

Oślice są bardzo czułe na wstrzykiwania hodowli paciorkowca. Do uodpornienia użył autor oślicy ważącej 110 kg., która po 5 miesiącach otrzymawszy 12 szczepień w ogólnej ilości 120 cm.³ hodowli dostarczała surowicy dającej się skutecznie stosować u człowieka.

Konie znoszą bardzo dobrze wstrzykiwania hodowli paciorkowca tak, że 2—3 cm.³ hodowli potrzeba do wywołania odczynu wyraźnego, gdy u oślicy 0·05 cm.³ wystarcza do powstania takiej samej reakcyi. Koń ważący 240 kg. otrzymał w 13 wstrzyknięciach w przeciągu 5 miesięcy 195 cm.³ hodowli i jest w stanie dostarczać odpowiedniej surowicy. Surowica otrzymana przez wstrzykiwania samych toksyn otrzymanych z hodowli przez ogrzanie choćby do 58⁰ lub przez przepuszczanie przez filtr Chamberlanda nie jest w swem działaniu dostateczną. Skoro zwierzę zostanie dostatecznie immunizowane, to muszą upłynąć 4 tygodnie od ustania objawów odczynu, zanim można upuścić krwi celem otrzymania surowicy. Przez całe te 4 tygodnie surowica działa toksycznie.

Siłę surowicy przeciwpaciorkowcowej mierzymy według ilości, jakiej potrzeba, by utrzymać przy życiu królika ważącego 1500 do 1800 gramów po zaszczepieniu dziesięciokrotnej zabójczej dawki hodowli co 12 do 18 godzin przed wstrzyknięciem surowicy.

W instytucie Pasteurowskim w Paryżu wstrzykuje się obecnie 6 koniom przeciw błonicy uodpornionym i tyluż koniom służącym do kontroli, hodowle paciorkowca, lecz dotychczasowe wyniki okazały, że koń uodporniony przeciw błonicy jest nieczułym prawie na jad paciorkowca tak dalece że n. p. wstrzyknięcie koniowi takiemu 100 cm.³ hodowli za piątą inokulacyą nie wywołuje prawie żadnej reakcyi.

Metody leczenia tą surowicą używano w Paryżu we wszystkich chorobach wywołanych paciorkowcem.

W oddziale dla róży Dr. Chantemesse od 26. Lutego do 2. Sierpnia 1895. zgłosiło się 411 przypadków róży; z nich 220 leczono surowicą. Procent śmiertelności od 26. Lutego do końca Maja wynosił na 165 przypadków leczonych tą metodą 0·97 a do wstrzykiwań używano surowicy z osła i konia o sile 7000. W Czerwcu śmiertelność na 55 przypadków wynosiła 4·82%, do wstrzykiwań użyto surowicy o sile 500. Z góry nie można oznaczyć dawki surowicy potrzebnej do wyleczenia róży, zależy to bowiem od okresu choroby i od ciężkości przypadku. W przeważnej liczbie przypadków wstrzykuje się 20 cm.³ a co 24 godzin później 10 cm.³, kierując się przytem ciepłotą, tętnem i ogólnym stanem. W 2 do 3 godziny po wstrzyknięciu podnosi się ciepłota, poczem nagle opada, by w 24 godzinach dojść do prawidła, w 5 do 12 godzinach występuje zelżenie wszystkich objawów, znika ból głowy, sen wraca, miejscowe objawy ustają a rozpoczyna się łuszczenie dużemi płatami. Objawów zadraźnienia nerek po surowicy autor nigdy nie obserwował a nawet w przeciągu 24 do 48 godzin znika białkomocz, jeżeli istniał w przebiegu tejże choroby. Z osutek towarzyszących często tej metodzie leczenia obserwował autor pokrzywkę i plamicę (*purpura*).

15 przypadków gorączki połogowej leczono tą metodą; z nich 7 przypadków zakażenia paciorkowcem, śmiertelność 0, 3 przypadki paciorkowcem i *bacterium coli*, śmiertelność 3, 5 przypadków zakażenia gronkowcem i paciorkowcem, śmiertelność 2.

10 przypadków zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) i jeden przypadek zakażenia po histerektomii wyleczono tą metodą.

W przypadkach błonicy, w których obok prątka Löfflerowskiego znaleziono paciorkowiec, jakoteż w przypadkach zajęcia gardła tym prątkiem w przebiegu płonicy lub t. zw. *angina pseudomembranosa* używano w *Hôpital des Enfants malades* w Paryżu surowicy bądź samej przeciwpaciorkowcowej, bądź wspólnie z przeciwbłoniczą ze znakomitym skutkiem. (*Wiener med. Wochenschrift.* Nr. 3. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Terapia.

O. Katz: 167 przypadków błonicy leczonych surowicą przeciwbłoniczą wyrabianą przez Aronsona.

Jednym z pierwszych szpitali, które przedsięwzięły doświadczenia z surowicą, był szpital zostający pod sterem prof. Baginskyego w Berlinie; aż do 1. Maja r. b. leczono ogółem 167 przypadków błonicy a stosowano wyłącznie tylko surowicę Aronsona. Przypadki leczone dzieli K. na cztery grupy: mianowicie na łagodne, średnie, ciężkie i bardzo ciężkie z objawami posocznicy, kierując się w tym podziale wrażeniem ogólnem, ciężkością poszczególnych objawów i t. d. Do sprawozdania tego dołączone są szczegółowe historye choroby, wraz z krzywiznami gorączki, wynikami badania moczu i t. d., z których dowiadujemy się, że wstrzyknięcie nie wywierało żadnego stałego wpływu na ciepłotę ciała i gdy w jednych przypadkach w kilka godzin po wstrzyknięciu widziano obniżenie się podniesionej ciepłoty, w innych postrzegano właśnie rozwój gorączki. Również nie przekonano się, aby wstrzyknięcia miały wpływ na pojawianie się białkomoczu, a chociaż w kilku przypadkach wykazano badaniem mikroskopowem wybitne objawy zapalenia nerek, to jednak nie można tego odnosić do wstrzykiwań, gdyż stopień zapalenia nerek nie zostawał w żadnym stosunku do liczby wstrzyknięć, tylko był w ścisłym związku z ciężkością choroby. Względnie dość często spotykano się z przypadami ze strony serca, znajdywano szmery, osłabienie tętna, chociaż i tutaj nie wszystko kłaść można na karb wstrzykiwania.

Śmiertelność przy stosowaniu surowicy wynosiła, jak to widzimy z ogólnego zestawienia, tylko 14% (zmarło 24 dzieci). Nie tak korzystnie przedstawiają się wyniki błonicy krtani, gdyż na 19 dzieci, u których wykonano trachetomię, zmarło 12, na 10 dzieci intubowanych zmarło 1, (co razem wynosi w błonicy krtani 48% śmiertelności), chociaż i ten wynik lepszym jest od wyników w dawniejszych latach otrzymywanych.

Dodać jeszcze należy, że miejscowo stosowano w przypadkach głębszych owrzodzeń i cuchnienia pomazywanie mięszaniną:

Ferri sesquichlorati	*30·0*
Aquae destil.	*5·0*
Lanolini	*60·0*

Autor kończy swoje zestawienie zdaniem, że surowica wywiera bardzo korzystny wpływ na przebieg błonicy i musi być uważaną za najdzielniejszy lek, jaki przeciw tej chorobie posiadamy. (*Archiv für Kinderheilkde* V. i VI. 1895).

Dr. Raczyński.

A. Bekess: Użycie tyozynaminy w przewlekłych obrzękach gruczołów limfatycznych.

Lek ten polecił Hebra w postaci wstrzykiwań podskórnych w liszaju żrącym (*lupus*), w miejscowej gruźlicy skóry, wreszcie w obrzękach gruczołów na tle gruźliczem.

B. przedsięwziął doświadczenia w tem ostatniem wskazaniu. W tym celu wstrzykiwał dzieciom, u których wykazano obrzęki przewlekłe gruczołów limfatycznych szyjnych lub podpachowych, z 5% roztworu alkoholowego najpierw jedną, później 2 do 3, aż do 6-ciu przedziałek strzykawki Pravaza w odstępach 5 do 7-dniowych podskórnie w plecy w okolicę między łopatkami. Wyniki jednak tego sposobu

leczenia nie odpowiadają oczekiwaniu, na 30 bowiem przypadków leczonych tylko w 4 przypadkach dostrzeżono stałe zmniejszanie się powiększonych gruczołów, w 7 przypadkach uzyskano tylko poprawę, w 5 gruczoły uległy zropieniu, w 8 pozostało wstrzykiwanie tyozynaminu zupełnie bez skutku.

Sposobu działania tego leku autor nie wyjaśnia. (*Archiv fur Kindheilkde* V. i VI. 1895). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

114. Volland (w Davos-Dörfli): O przesadzie w teraźniejszem leczeniu suchotników. Gdy Herman Brehmer wykazał pierwszy, że suchoty płucne można wyleczyć, jego metoda terapeutyczna stała się modłą dla ogółu lekarzy. Postęp wszakże w coraz lepszem poznawaniu istoty suchot płucnych a osobliwie odkrycie właściwego laseecznika gruźlicy, nie mogły pozostać bez wpływu i na terapią tej choroby. Dlatego autor zamierza zwrócić teraz uwagę na niektóre niewłaściwości i przesady w leczeniu suchot płucnych, pochodzące częścią od samego Brehmera, częścią od jego uczniów, którzy system swego mistrza dalej rozwinęli.

Pierwszym takim, przesadnie w leczeniu poprawiających się już przypadków suchot płucnych używanym środkiem są chodzenie po górach i zimne lub chłodne natryski.

Zalecanie chodzenia po górach czyli t. zw. gimnastyki oddechowej i zimnych lub chłodnych natrysków pochodzi z czasu, gdy nie znano jeszcze laseecznika gruźliczego a za rdzeń choroby uważano zgęszczenie tkaniny płucnej, powstałe z wystąpienia ciałek limfatycznych do pęcherzyków płucnych w skutek bujania gruzełka, który miano za nowotwór. Spodziewano się, że przez poprawienie przewietrzania w szczytach płucnych, gdzie choroba zaczyna się prawie zawsze, ustąpi wypocina zapalna z pęcherzyków. Otóż w celu wzniecenia głębszego oddechania, mianowicie wdechania, zalecano chorym spinanie się po górach i natryski zimne lub przynajmniej chłodne. Jeszcze wszakże przed odkryciem laseecznika gruźliczego przekonał się autor, iż te mniemane środki terapeutyczne nie są niemi bynajmniej, że nieraz w suchotach płucnych mniej lub więcej szkodzą i dlatego od nich odstąpił.

Uznaje się, iż laseczniki gruźlicze, mnożąc się w szczytach płuc drażnią tkaninę i że na to drażnienie odpowiada ustrój zapaleniem, to jest naciekiem z ciałek limfatycznych naokoło ogniska gruźliczego, powstaje jakoby walka z laseecznikiem. Potrzeba przeto dopomódz organizmowi w tej walce starając się, by mógł na pole boju doprowadzać jak najwięcej leukocytów, to jest starać się o poprawę apetytu i asymilacyi spożytych obficie pokarmów. Jeżeli to się uda, zmniejszy się ognisko chorobowe przez zapalenie odczynowe, które doprowadzi do powstania tkaniny bliznowatej. Jeżeli przeto w tym okresie poprawy choroby przez forsowne ruchy oddechowe wywołamy naciągnienie lub nawet przerwanie się świeżo powstającej tkanki bliznowatej, nieraz z wylaniem się krwi, wtedy sprowadzimy miejscowe zboczenie w odżywianiu i otworzymy na nowo bramę dla laseczników gruźliczych, sadowiących się z upodobaniem w takich miejscach.

Zapalenie gruźlicze stawów leczy chirurg przedewszystkiem spokojem, do którego wskazówką jest ból występujący za każdym ruchem. Gdyby płuca miały nerwy czuciowe, niewątpliwie postępowanoby w gruźlicy płuc tak samo, jak w gruźlicy stawów. Ponieważ jednak zmiany w płucach nawet znaczne odbywają się bez żadnych bólów, przeto zazwyczaj dopiero wtedy zaleca się chorym spokój, gdy sprawa chorobowa dojdzie do opłucny. Przyroda jednak sama powinna być w tej mierze nauczycielką. Wszak wiadomo z codziennej obserwacyi, że mięśnie wdechowe ponad zajętemi częściami płuc są nieczynne tak, iż strona chora za oddechem prawie się nie porusza lub porusza tylko bardzo mało. Jestto dowodem, iż należy wspierać działanie lecznicze samejże przyrody a nie działać przeciw niemu, zalecając chodzenie po górach i natryski w celu wzniecenia głębokich ruchów oddechowych.

A zatem na bok z takiemi środkami leczniczemi w leczeniu suchot płucnych! Miejsce ich niech zastąpią ostrożne obmywania skóry w celu podniecenia jej czynności i wygodne przechadzanie się po równych drogach w celu powiększenia łaknienia.

Jeżeli przeto w danem miejscu klimatycznem nie ma do przechadzki dróg poziomych, to jest to bardzo wielki brak, którego nie można zastąpić poleceniem chodzenia po górach.

Drugą przesadą w leczeniu suchot płucnych jest zalecenie nadmiernego używania wyskoku (alkoholu), zazwyczaj w postaci ciężkich win węgierskich i koniaku (tego z mlekiem), pochodzące pierwotnie od Brehmera. Nadużycie to wzmogło się jeszcze, gdy Binz wykazał, że mocne napoje wyskokowe obniżają gorączkę.

Powstałe w ten sposób na polecenie lekarskie zatrucie wyskokiem nie różni się oczywiście niczem od zwykłego zatrucia z własnej woli; rozwijają się przeto w jego przebiegu ostre i przewlekłe nieżyty żołądka, stłuszczenie wątroby i serca i nieraz chory, któremu miał pomódz wyskok, ginie właśnie od niego. Wiadomo zresztą oddawna, że nikt tak łatwo nie umiera na suchoty płucne, jak właśnie ludzie nadużywający napojów wyskokowych. Ztąd oczywiście nie wypada, by popadać w drugą ostateczność, ale trzeba zachować miarę. Szklanka lekkiego wina podzielona na dwie części wystarczy zupełnie do obiadu i wieczerzy, ale mocne wina południowe, osobliwie przy drugiem śniadaniu, są stanowczo szkodliwe, bo drażnią żołądek i psują apetyt do obiadu, jak to wiadomo z doświadczenia na zdrowych.

Jeszcze ważniejszą, przynajmniej w tej chwili, jest trzecia przesada, t. j. nadmierne żywienie, przesycanie suchotników.

Według dzisiejszych wiadomości najważniejszym środkiem leczniczym w suchotach płucnych jest podniesienie odżywiania chorego ustroju; wskazanem jest przeto wszystko to, co powiększa łaknienie, które następnie prowadzi do tego, iż ustrój spożywa tyle pokarmów, ile potrzeba do zupełnego zaspokojenia głodu.

Suchotnik, który w domu stracił apetyt, zachowuje się po przybyciu swem w góry tak, jak rekonwalescent po ciężkiej, ostrej chorobie. Apetyt jego powiększa się nadzwyczajnie a objawy choroby poprawiają się znacznie, niektóre nawet znikają, ciężar ciała powiększa się. Po kilku tygodniach takiego powiększenia się łaknienia i poprawy odżywienia apetyt zmniejsza się i staje się prawidłowym.

Jeżeli teraz chory, trzymając się zasady tylekroć przez siebie słyszanej, iż im więcej jeść będzie, tem rychlej wyzdrowieje, jeść będzie mimo braku apetytu dużo, wtedy powoli rozwiną się u niego wszystkie objawy nieżytu żołądka w postaci odbijania się, nudności, cuchnienia z ust, tkliwości okolicy żołądka i t. d. Jeżeli lekarz mylnie zapatrując się na te zboczenia pominie skargi pacyenta, lub starać się będzie ułagodzić je zadaniem kwasu solnego, pepsyny lub bizmutu a nie ograniczy ilości spożywanych pokarmów, wtedy nieraz mimo przybrania nawet na ciężarze zmiany w płucach zaczną znów się powiększać.

Autor przekonał się, że chorzy przybywający z innych zakładów leczniczych do Davos, cierpieli na nieżyt żołądka i upośledzenie trawienia i przypuszczając inne okoliczności pomyślne, potrzebowali nieraz długiego nawet czasu i leczenia, by ze swym przewodem pokarmowym dojść do ładu.

I rzecz to całkiem naturalna. Jeżeli się zważy, że suchotnicy, jedząc nad miarę, nie mogą strawić takich nadzwyczajnych ilości pokarmu, od którychby i zdrowy żołądek zachorował i nabrał kwalifikacyi do leczenia się w Karlsbadzie, jeżeli wprowadzają do żołądka pokarmy w chwili, w której on jeszcze z poprzedniego jedzenia się nie wypróżnił, to łatwo pojąć, iż pod wpływem takiego postępowania, *nota bene* zalecanego przez lekarzy, rozwinąć się musi cały szereg do-

legliwości ze strony przewodu pokarmowego i ostatecznie upośledzenie asymilacyi, od której znów zależy poprawa stanu płuc.

Jeżeli na wzór tuczenia histeryczek i neurasteników sposobem Weira Mitchella chciano tak samo postępować ze suchotnikami, to zapomniano, że histerya i neurastenia ze swemi zboczeniami psychicznemi a suchoty z gorączką są to sprawy patologiczne całkiem a całkiem odrębne.

Jeżeli, jak się autor przekonał, suchotnik niedokrewny a niegorączkujący, ma temperaturę poniżej 37°, nieraz o 0·5 do 0·8°, to temperaturę nawet tylko 37·5° uważać trzeba za objaw gorączki i leczyć ją zupełnym spokojem i umiarkowanem żywieniem a nie przesycaniem chorych.

I co do używania świeżego powietrza przez suchotników trzeba się wystrzegać przesady, nie pozwalać im do 10. wieczorem siedzieć na wolnem powietrzu a w razie nastania dni chłodniejszych i dżdżystych trzeba trzymać ich raczej w domu niż narażać na nieżyt górnych dróg oddechowych lub zgoła zapalenie opłucny.

Również co do zadawania lekarstw trzeba stanowczo unikać wszelkiej przesady, pamiętając, iż przeciw gruźlicy nie znamy dotychczas żadnego środka swoistego. Jakoż i kreozot nim nie jest i dlatego nie należy go zadawać w ilości nadmiernej, która tylko psuje trawienie. Jeżeli, jak już nie ulega wątpliwości ze znacznej liczby postrzeżeń, kreozot poprawia łaknienie, to trzeba się tem zadowolnić i zadawać tego środka tylko tyle, ile żołądek zniesie bez upośledzenia swej czynności, poprawa bowiem apetytu jest szczytem działania każdego leku przeciw gruźlicy. Nadmierne przez długi czas używanie kreozotu prowadzi w 9/10 przypadków do wielkich zboczeń w czynności żołądka, mających jak najgorsze znaczenie dla chorych, nawet w klimacie dla ich głównej choroby najpomyślniejszym.

Trzeba ciągle mieć to na uwadze, że suchoty płucne nawet w pierwszych swych początkach są ciężką chorobą, że każde zboczenie w ich przebiegu ma wielkie znaczenie i że każda przesada w ich leczeniu może sprowadzić ciężkie skutki dla chorego.

Ostrożność i wzgląd na wszystko powinny być główną zasadą leczenia suchot płucnych. *(Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień 1895).

115. A. Eichengrün: Jodoformina (bezwonny jodoform). Lubo w ostatnich czasach wynaleziono sporo nowych środków przeciwgnilnych (*antiseptica*) i niektóre z nich nawet trwale utrzymały się w użyciu chirurgicznem, to jednakowoż mimo wszelkich zarzutów, mimo dowodu, że jodoform wprost zarodków chorobotwórczych nie zabija i mimo woni swoistej, dla największej liczby ludzi bardzo nieprzyjemnej, utrzymał jodoform dotychczas swe stanowisko w chirurgii.

Przyczyny tego szukać należy w okoliczności, że żaden ze środków mających jodoform zastąpić nie ma zarazem wszystkich jego zalet a ponieważ skuteczność jodoformu pochodzi nie tylko z wydzielania się zeń jodu, lecz polega także na swoistem jego działaniu, względnie działaniu substancyj z jego rozkładu powstałych na ranę, czy chore partye komórek, przeto autor postarał się o przetwór, któryby nie mając woni jodoformu miał jednakowoż cały jego molekuł.

Takim przetworem jest wyrabiana przez fabrykę Dra L. C. Marquarta w Beuel pod Bonną (nad Renem) jodoformina, zawierająca 75% jodoformu.

Jodoformina jestto połączenie chemiczne jodoformu z pewnem ciałem słabo antyseptycznem, stanowiące proszek biały, bezwonny, nadzwyczaj miałki, barwiący się żółtawo pod wpływem światła.

Jodoformina nie rozpuszcza się w wodzie, topnieje i rozkłada się nagle w 178°, wydziela jodoform w zetknięciu z kwasami i alkaliami, daje zarobić się z gliceryną na zawiesinę (*emulsio*) a z substancyami nie zawierającemi wody na maść i daje się utwierdzić na gazie i wacie.

Jodoformina działa tak samo jak jodoform a według dotychczasowych doświadczeń ma nad nim zalety:

1) że w zetknięciu się z wydzielinami ran albo całkiem nie wydaje żadnej woni albo wydaje tylko bardzo słabą;

2) że całkiem nie drażni;

3) że działa dłużej niż jodoform;

4) że mocno wysusza i

5) że jest nadzwyczaj miałka tak, jak tego nigdy nie można zrobić z jodoformem, przezco bardzo dobrze przylega do rany i stanowi dobry sączek przeciw zarodkom chorobotwórczym. Jodoformina przeto łączy w sobie zalety dermatolu i jodoformu. *(Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień 1895).

V. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 19. Września 1895 r.

— Z wykazu urzędownie sporządzonego dowiadujemy się, iż w Krakowie i Galicyi było w roku 1893. ogółem 46 parowych przyrządów desinfekcyjnych, z nich w Krakowie 5, we Lwowie 12. Co do systemu: jeden (w Krakowie) Schimmela z Chemnitz, 32 Rychnowskiego ze Lwowa, 9 Thursfielda, nieznanego systemu 4. Przeważa zatem liczebnie system Rychnowskiego, co do wartości którego wszakże na podstawie własnych doświadczeń, dokonanych w szpitalu św. Łazarza, mamy pewne wątpliwości. Ze względu na wielką ważność prawdziwej desinfekcyi byłoby rzeczą bardzo pożądaną a w tej chwili wobec pojawienia się cholery azyatyckiej w kraju nawet pilną, by przyrządy Rychnowskiego poddano raz jeszcze dokładnym próbom. Co do przyrządów Thursfielda, nie mamy własnego doświadczenia, nie wątpimy wszakże, na podstawie doświadczeń gdzieindziej dokonanych, iż odpowiadają swemu celowi. Natomiast wyszedł zwycięzko z wszelkich prób nadzwyczaj ścisłych, przez piszącego z polecenia Rady miejskiej zrobionych wielki, stały przyrząd desinfekcyjny krakowski, który wprawdzie dużo kosztował (nb. mieści się w osobnym całkiem budynku, umyślnie w tym celu wzniesionym), który jednak miastu w chwilach wielkiego niebezpieczeństwa w latach 1892, 1893 i 1894. nieocenione oddał usługi i w zwyczajnych nawet czasach jest przez publiczność chętnie używany. W administracyi miejskiej nie widzimy zresztą potrzeby przenośnych przyrządów desinfekcyjnych, bo pomijając nawet wielkość, desinfekcya za pomocą przyrządu stałego da się przeprowadzić o wiele dokładniej i spokojniej, niż za pomocą przenośnego a nadto wrażenie na ludność jest bez porównania mniejsze. Tak n. p. w krakowskim zakładzie desinfekcyjnym można naraz desinfekcyonować odzież kilkudziesięciu osób i w 3 godziny po wzięciu do zakładu oddać ją zupełnie suchą, do użytku zaraz gotową, co dla ludzi biednych, a między nimi przecież najbardziej panują choroby zakaźne, nader wielkie ma znaczenie.

— W ostatnich czasach doniesiono z różnych okolic Galicyi, mianowicie wschodniej, tudzież z Warszawy o przypadkach otrucia się grzybami, nieraz zakończonych śmiercią. W Krakowie przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie (od kilkunastu lat nie było ani jednego), mimo, iż grzyby są tu ulubionem pożywieniem ludności i że górzyste, w znacznej części lesiste okolice miasta sprzyjają bardzo pojawianiu się najrozmaitszego rodzaju grzybów a zatem i jadowitych (nieprawdziwymi zwanych). Przyczyny tego dopatrywać się możemy jedynie w wyższym poziomie umysłowym ludności wiejskiej okręgu krakowskiego, gdzie, jakeśmy nieraz mieli sposobność przekonać się, nawet dzieci zajmujące się zbieraniem grzybów znają się na nich bardzo dobrze.

— W obszernym artykule umieszczonym w najświeższym (37.) numerze *Deutsche med. Wochenschrift* zastanawia się Dr. Henius z Berlina nad dopuszczeniem kobiet do medycyny, wskazuje na uderzającą okoliczność, że z pomiędzy wszystkich nauk uniwersyteckich kobiety garną się właśnie prawie wyłącznie do medycyny, pomijając inne wydziały i wykazuje, że siły ani umysłowe ani fizyczne kobiety nie są w stanie sprostać wymaganiom zawodu lekarskiego, do którego potrzeba nie tylko pewnego zasobu sił fizycznych, ale i samodzielności w myśleniu i działaniu, samodzielności, której nie ma kobieta (bo wyjątki nie stanowią reguły), jak tego dowodzi między innemi okoliczność, iż i na polu sztuk pięknych, jak n. p. malarstwa, rzeźbiarstwa i muzyki, tudzież dramatu, gdzie im wolno działać, kobiety nie

doprowadziły do żadnej twórczości wystającej nad poziom zwyczajności a jeżeli jaśniały i jaśnieją na scenie, jako śpiewaczki i artystki dramatyczne, to to zawdzięczają nie samodzielności swych władz umysłowych, ale wrodzonym od przyrody darom. Dopuszczenie w Rosyi kobiet do zawodu lekarskiego nie dowodzi bynajmniej ich równości na tem polu z mężczyznami, bo jest wywołane potrzebą dla braku lekarzy płci mezkiej na obszarze wielkiego państwa, liczącego w swem łonie także Mahometan, których kobiety z przyczyn religijnych nie mogą wzywać mezkiej pomocy lekarskiej.

— Rada uniwersytetu warszawskiego przyznała medal złoty Drowi Włodzimierzowi Popielowi, asystentowi katedry patologii ogólnej za rozprawę konkursową na temat: doświadczalne zbadanie śmierci z utonięcia.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 6. Sierpnia w Żarnowcu Dr. **Maryan Sierakowski**, przeżywszy lat 37; w dniu 12. Września w Białej podlaskiej lekarz **Leopold Sobolewski**, licząc 27 lat; w tymże dniu w Żyrardowie Dr. **Aleksander Jawurek**, przeżywszy lat 64; w Bazylei Dr. Sury, profesor medycyny.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Starem Mieście w Galicyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Starej Soli. Pensya roczna 600 złr. i 264 złr. dodatku na objazdy. Podania zaopatrzone w dowody prawnie wymagane wnosić należy do 30 Października b. r.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 37. J. Weisblat: Leczenie surowicą przeciwbłoniczą w warszawskim szpitalu starozakonnych. L. E. Bregman: O obustronnem porażeniu twarzy (*diplegia facialis*). B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 37. F. Ficki: Rak czy przerost miąższu i błony śluzowej szyi macicznej (dok.). F. Arnstein: Kilka przypadków zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym oraz kilka słów o rozpoznawaniu zimnicy u dzieci (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 28. Września 1895 r. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9 Telefonu Nr. 105.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Stanisław Grabowicz 137. Clinton and 189, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelonguea.

Podał

Dr. Józef Ziemacki,

docent chirurgii w uniwersytecie charkowskim.

W dyskusyi na piątem posiedzeniu sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, dnia 26. Lipca 1894 roku, powstałej po ciekawym odczycie Dra Gabryszewskiego o wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów w klinice krakowskiej od roku 1887 do 1893, miałem sposobność zwrócić uwagę zebranych podówczas kolegów na zalety leczenia metodą Lannelonguea.

W ciągu roku, który upłynął, mogłem naocznie przekonać się o pomyślnych wynikach tej metody i dla tego jeszcze raz zabieram głos, ażeby zachęcić kolegów do szerszego stósowania tej metody. Ma ona tę ważną zaletę, że pozwala prowadzić leczenie w domu, nie naraża na przykrą konieczność lokowania chorego w szpitalu lub w klinice, ważny wzgląd w dziecinnej praktyce, i daje bardzo dobre, a czasem prawie cudowne rezultaty.

Przeciwko gruźliczemu zapaleniu kości i stawów zalecano tak wiele środków, że samo ich tylko wyliczenie zabrałoby dużo czasu. Każdy z nas je zna i te lub owe sposoby praktykuje lub praktykował. Nic dziwnego, że w kole lekarskiem panuje nieufność do nowych metod. I ja odniosłem się na razie z wielkiem niedowierzaniem ku nowej metodzie Lannelonguea. Tem dla niej lepiej, że z Tomasza niewiernego stałem się po doświadczeniu jej zwolennikiem.

Historya metody jest krótka. Dnia 7. i 21. Lipca 1891. roku Lannelongue przedstawił Akademii medycznej w Paryżu memoryał o nowej metodzie leczenia gruźlicy kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku. Na kongresie przeciwgruźliczym w dniu 27. Lipca 1891 roku nazywa on tę metodę *methode sclérogène* i w przeciągu następnych dwóch lat głosi o niej *urbi et orbi* na rozmaitych zjazdach i kongresach lekarskich Od tej chwili poczęła się literatura tej kwestyi. Dziś już bardzo wiele napisano. Ciekawych odsyłam do pracy Manclairea pod tytułem: *Du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la methode sclérogène.* (These de Paris, soutenue le 2. Mars 1893) W niej autor zebrał literaturę w tej kwestyi i opisał 136 przypadków leczonych tą metodą.

Sposób stósowania jest następujący:

Do wstrzykiwania służy roztwór chlorku cynku w wodzie destylowanej 1:10. Za narzędzie służyć może zwykła strzykawka Pravaza, byle tylko miała długą igłę, od 5 do 6 centymetrów. Podług mnie koniecznie potrzebne jest wymierzenie kroplami ilości płynu w $^1/_{10}$ strzykawki przed rozpoczęciem każdego wstrzykiwania. Ilość kropel, wypuszczanych przez igłę, zależy od grubości igły. Zazwyczaj z $^1/_{10}$ strzykawki otrzymywałem 7 kropel. Wstrzyknąć pod okostnę, za jednorazowem ukłóciem mniej od jednej podziałki, t. j. mniej od 0·1 strzykawki, jest rzeczą niełatwą. Przeważnie wstrzykiwałem od 7 do 10 kropel na raz, t. j. więcej, niż jednę dziesiątą część strzykawki. A że wypadało wstrzykiwać w 10—12 punktach w czasie jednego posiedzenia, więc ogólna ilość wstrzykniętego 10% roztworu wynosiła od 0·5 do 0·8 (od 0·05 do 0·08 $ZnCl^2$ samego).

Dotychczas nie zauważyłem ani razu objawów otrucia chlorkiem cynku, nawet u dzieci. Dawki od 0·5 do 0·8 10% roztworu chlorku cynku podskórnie a raczej podokostnie są zupełnie nieszkodliwe. Nie potrzebujemy jednak dodawać, że ostrożność w zwiększaniu ilości, czy też stężenia roztworu nie zawadzi. W Charkowie był przypadek, w praktyce prywatnej Dra Mironowa w Maju 1895 r., nagłej śmierci

chorej (żony lekarza), u której Mironow wstrzyknął 50% (sic) roztwór chlorku cynku, strzykawką Brauna wewnątrz macicy (*endometritis post abortum*).

Wstrzykiwać należy, wprowadzając igłę ukośnie, aby uniknąć wylewania się płynu wstrzykniętego. Wylanie się na zewnątrz może łatwo nastąpić, jeżeli się wstrzykuje, trzymając igłę prostopadle i wtedy powstaje obumarcie skóry właściwej (*corium*) na około ukłócia, formuje się strup, który potrzebuje długiego czasu do wyleczenia.

Zwykle przed wstrzykiwaniem oznaczam dermografem (ołówkiem) te punkty, w których, zamierzam wstrzyknąć. Zwykle w jednem posiedzeniu wstrzykuję w 12 do 20 punktów. *Maximum* wstrzykniętego roztworu wynosiło w jednym przypadku 1·0. Zwykła dawka, jak mówiłem, wahała się od 0·5 do 0·8.

Co się zaś tyczy miejsca, dokąd należy wstrzykiwać, to stosowałem się ściśle do prawideł Lannelonguea. One są racyonalne i zarzucić im nic nie można.

1) Przedewszystkiem należy unikać wstrzyknięcia do jamy stawowej. Byłoby to błędem. Z drugiej strony nie należy wstrzykiwać zbyt powierzchownie. Igła powinna dojść aż pod okostnę a przynajmniej pod więzy stawowe.

2) Najlepszym i najstosowniejszym do wstrzyknięcia miejscem jest linia przejścia torbieli stawowej (*bursa synovialis*) na kość, t. j. miejsce przyczepienia *bursae synovialis*. Ostrze igły powinno oprzeć się o kość. Nieraz, gdy igła zbyt głęboko wejdzie w kość, wstrzyknięcie jest niemożebne wskutek zatkania dziurki w ostrzu. Wtedy należy igłę nieco unieść i pochyliwszy nacisnąć tłok a wtedy wstrzyknięcie pójdzie gładko.

3) Lannelongue doradza wykonywać wstrzykiwania w jednem posiedzeniu. Dziesięcioletniemu dziecku wstrzykuje od 30 do 40 kropli na raz. Używa chloroformu. I tylko w razach, gdy nie udaje się powstrzymać choroby jednorazową injekcyą, ponawia wstrzykiwania, nie wcześniej, jak we 3 tygodnie po pierwszem posiedzeniu. Ja przekonałem się, że nie ma potrzeby tak długo zwlekać. Zazwyczaj powtarzałem injekcye po 7 dniach. A gdzie mi chodziło o pośpiech (n. p. wskutek przynaglania pacyentów), tam wstrzykiwałem po 3 dniach.

4) Wstrzykiwania pod okostnę są bolesne. Jednak ból nie jest tak mocny, aby należało we wszystkich bez wyjątku przypadkach uciekać się do narkotyzacyi. U mężczyzn n. p. wstrzykiwałem bez narkozy. Chorzy mię zapewniali, że ból nie jest mocny. Najboleśniejszą jest chwila, kiedy kropla płynu wylewa się z igły pod okostnę. Wtedy powstaje ostry, przeszywający ból, szybko przemijający. Chorzy poddawali się tej małej operacyi bez najmniejszej obawy. Rzecz widoczna, że ból przy ukłóciach jest tak niewielki, że nawet dzieciom w wieku lat 6—8 udawało się wykonywać wstrzykiwania ponownie bez usypiania, po 12—15 ukłóć w jednem posiedzeniu. Miałem 4-letnią pacyentkę, która po pierwszem posiedzeniu, dokonanem pod chloroformem, poczuła tak wielką odrazę do chloroformu, że wszelkiemi siłami protestowała przeciwko niemu przy następnem posiedzeniu. Zgodziła się dobrowolnie na wstrzyknięcia bez chloroformu i na dowód małej bolesności przeniosła wstrzykiwania w trzech posiedzeniach bez płaczu. Jednak u chorych nerwowych, wrażliwych i u bojaźliwych radziłbym używać narkozy, albo chloroformem, albo bromkiem etylu. Zabieg operacyjny jest tak krótki, że 5 minut narkozy bromkiem etylu wystarcza do wstrzyknięcia lekarstwa i założenia opatrunku gipsowego.

Niektórzy chirurdzy przypisują takim wstrzykiwaniom pod okostnę wielką bolesność. Dr. Gabryszewski także wyraził takie zdanie. Bardzo przyjemną jest rzeczą obalić ten pogląd na zasadzie licznych spostrzeżeń. Przekonanie o wielkiej niby bolesności wstrzykiwań mogło stanowić nie małą przeszkodę szerszemu stosowaniu metody.

5) Lannelongue doradza założenie opatrunku uciskającego, unieruchomiającego lub wyciągającego w kilka zaledwie dni po wstrzykiwaniu. Motywuje to wystąpieniem obrzęku i zaczerwienienia stawów i kości po injekcyi chlorku cynku. Po dwóch lub po trzech dniach obrzęk ma przechodzić. Temu muszę stanowczo zaprzeczyć. Nawet w tych licznych moich przypadkach, gdzie natychmiast opatrunku nie zastosowano, nie widziałem ani jednego razu znaczniejszego obrzęku, ani zapalenia, ani nawet jakiegokolwiekbądź podrażnienia naokół punktów wstrzyknięcia. Najwięcej, co widziałem czasem, to parogodzinne obrzmienie, bez zaczerwienienia skóry, które powstało głęboko, w tkance łącznej, otaczającej wzdłuż linii wstrzyknięcia, ale to obrzmienie było tak nieznaczne, że potrzeba było dobrze przypatrywać się, aby coś dojrzeć. Dla tego ja w większej części swoich przypadków po wstrzyknięciu pokrywałem całą okolicę grubą warstwą *collodium* czystego, czy też *collodium cum jodoformio* lub *cum ichthyolo*, i nakładałem opatrunek z waty, unieruchomiający, najczęściej gipsowy. Nieraz używałem do opatrunku płynnego szkła (*kali silicicum crudum*). Najważniejszą rzeczą, mojem zdaniem, jest aseptyczne wykonanie wstrzykiwań. Skóra powinna być dobrze wymyta i ogolona.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek ostrego nadmiaru potoku (*hydramnios acutus*) leczony przez punkcyę macicy.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

Różne stany patologiczne samego płodu, pępowiny i łożyska spotykamy bardzo często równocześnie wraz z nadmierną ilością wód płodowych. Z tego też powodu przypuszczamy, iż różne są przyczyny, które mogą wywołać *hydramnios* a jedynie tylko przypuszczać możemy dlatego, że dotychczas prawdziwie nie wiemy, jakiego w ogóle pochodzenia jest woda płodowa. Gdy bowiem jedni przypuszczają, iż woda płodowa powstaje głównie skutkiem wydzielania moczu przez płód, to drudzy uważają wodę płodową za ciecz o cechach cieczy surowiczej, w której mocz płodu znajduje się tylko jako domieszka. Różne teorye, tłómaczące powstawanie *hydramnios* a tem samem wyświetlające poniekąd pochodzenie wody płodowej zestawił Philipps (*Edinb. med. Journ.* Kwiecień 1887).

Ściślej granicy pomiędzy prawidłową ilością wód płodowych a *hydramnios* oznaczyć nie można, tem więcej, że ilość prawidłowa wody płodowej dokładnie oznaczoną nie

jest; gdy bowiem Gassner przyjmuje 1877 cm.³ wody płodowej jako ilość normalną, średnią na końcu ciąży, to Fehling na podstawie swoich badań oznacza ilość średnią wody płodowej na 630 cm.³ *(Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller. T. II.).

Uwzględniając ilość wody płodowej, jako też powolniejszy lub prędszy sposób powstania, możemy rozróżnić trzy grupy czyli stopnie *hydramnios*. Do pierwszej zaliczymy przypadki najczęściej spotykane, gdzie ilość wód płodowych zwiększa się stopniowo powoli i nie jest zbyt wielka, skutkiem czego osoby dotknięte nie doznają poważniejszych zaburzeń. Do drugiej zaliczymy te, w których wprawdzie ilość wody płodowej zwiększa się powoli, jednak jest bardzo znaczna, a skutkiem nadmiernie zwiększonego parcia środkowego występują poważne, często wprost życiu zagrażające zboczenia w zakresie narządu oddechania i krążenia. Trzecią zaś grupę tworzyć będą przypadki wyróżniające się bardzo szybkiem powstaniem i nadzwyczajnie wielką ilością wód a występujące przedewszystkiem w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się. Te ostatnie nie są wcale częste tak, że Küstner *(Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller T. II.) do roku 1883. zdołał zebrać z literatury tylko sześć takich przypadków; później opisał jeden taki przypadek Guzzoni *(Gazette de ospit.* 1887.) a następnie Remy *(Archiv. de tocol. et de gyn.* T. XIX. 1892.), wreszcie Schaumburg w swojej rozprawce: *Über Hydramnios (Inaug. Dissert.* Basel 1892.), obok kilku innych opisuje również jeden przypadek ostrego *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka powstałej.

Nawet wtedy, gdy ilość wód płodowych nie jest jeszcze bardzo wielka, rozpoznanie *hydramnios acutus* nie jest łatwem; w późniejszym okresie zaś macica nadmiernie wypełniona, o ścianach cienkich, przedstawia łudzące podobieństwo do guzów jamy brzusznej, treść płynną zawierających a więc w pierwszym rzędzie do torbieli jajnikowych tak, że rozpoznanie pewne jest, co najmniej, bardzo trudne, czego oczywistym dowodem są znane przypadki tego rodzaju pomyłek rozpoznawczych. I tak Reeves *(Brit. med. Journ.* Lipiec 1887.) opisuje przypadek, w którym z powodu nagle powiększającego się guza w jamie brzusznej wystąpiła wielka duszność. Zawezwany autor rozpoznał torbiel jajnikowy, wykonał celiotomię, podczas której przekonał się, że guzem tym była macica bardzo znacznie powiększona z powodu *hydramnios*. Powłoki brzuszne zeszyto, w kilka zaś dni wywołano poród przez sztuczne rozszerzenie szyjki macicy i przebicie pęcherza płodowego. Wilson *(Americ. Journal of. obst.* 1887.) podaje podobny przypadek. U kobiety, która od 5-ciu miesięcy nie miała regularności, wystąpiło nagłe powiększenie się brzucha bardzo znacznego stopnia, duszność, bezdech i znacznych rozmiarów obrzęk kończyn dolnych. Rozpoznano torbiel jajnikowy, wykonano celiotomię, wśród której przekonano się o pomyłce; zeszyto zatem powłoki brzuszne, rozszerzono szyjkę macicy i przebito pęcherz płodowy i w ten sposób wypróżniono jamę macicy. Najciekawszy przypadek opisuje Reverdin *(Gaz. méd. de Paris* Nr. 9. 1894). I w tym przypadku rozpoznano torbiel jajnikowy i wykonano celiotomię, jednak i po otwarciu jamy brzusznej nie spostrzeżono pomyłki, nacięto następnie guz, wypuszczono bardzo znaczną ilość płynu brudnawo zabarwionego i dopiero, gdy przez otwór, skutkiem nacięcia guza powstały wypadła pętla pępowiny, rozpoznano *hydramnios*.

Taki nadzwyczajnie rzadki przypadek *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej miałem sposobność spostrzegać w oddziale położniczym.

R. K., lat 36 licząca, przyjęta została do szpitala św. Łazarza rano dnia 7. Września 1894.

Wywiady: Rodziła siedem razy na czasie a raz jeden przedwcześnie w szóstym miesiącu. Połogi odbywała prawidłowo. Ostatnia regularność na początku Marca 1894. Z początkiem Sierpnia 1894. zauważyła bardzo znaczne, nagłe powiększenie się brzucha. Od tego czasu, to jest od Sierpnia, brzuch z tygodnia na tydzień coraz bardziej szybko się powiększał tak, że od dwu tygodni chora nie może z powodu duszności ani spać ani nawet leżeć w łóżku. Chora sądzi, iż jest w szóstym miesiącu ciąży; ruchy płodu czuje od trzech tygodni.

Badanie wykazało: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i odżywiona, temperatura ciała nie podwyższona, 37·1° C., tętno przyspieszone 120 na minutę, duszność bardzo znaczna, liczba oddechów 28 do 32 na minutę. W dolnych częściach płuc szmery oddechowe osłabione; stłumienie serca w małej przestrzeni, tony serca czyste, czynność serca wzmożona, uderzenie silne. Sutki obwisłe, zrazy gruczołu mlecznego nieco powiększone; za uciskiem wydobywa się klej. Powłoki brzuszne napięte, w dolnych częściach brzucha skóra obrzękła. Brzuch w całości bardzo znacznie wypuklony, więcej pod pępkiem niż nad nim, przez guz ograniczony, wychodzący z miednicy małej, sięgający ku górze aż do wyrostka mieczykowatego mostka, na boki zaś zachodzący aż pod oba łuki żebrowe. Guz ten konsystencyi elastycznej okazuje wybitne chełbotanie, za głębszem zaś obmacywaniem końcami palców czuć niekiedy jakby uderzenie ciała twardego o ściany guza. Wypuk nad guzem stłumiony; badanie przysłuchowe nic nie wykazuje.

Chora ta zostawała w domu pod opieką profesora Dra Marsa, który na moją prośbę podał mi kilka szczegółów. I tak pierwszy raz badał chorą dnia 28. Sierpnia; wtedy obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 118 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 61 cm., odległość pomiędzy *spina anterior superior dextra ossis ilei* a pępkiem wynosiła 32 cm. pomiędzy zaś *spina anterior superior sinistra* a pępkiem 29 cm. Już wówczas rozpoznał *hydramnios acutus*.

Dnia 4. Września chora była badana wspólnie z prof. Drem Jordanem; wtedy obwód brzucha wynosił 119 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 63 cm., od *spina anterior sup.* do pępka po stronie prawej 32 cm., po lewej 31 cm. Dnia tego po wspólnej naradzie, postanowiono z powodu szybkiego wzrostu *hydramnios* spróbować w tym przypadku punkcyi macicy według Schatza i w tym celu polecono chorej udać się do szpitala.

Dnia 7. Września przed południem obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił $122^1/_2$ cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 64 cm., odległość pomiędzy *spina ant. sup.* a pępkiem po prawej stronie wynosi $34^1/_2$ cm., po lewej zaś $33^1/_2$ cm. Obie kończyny dolne bardzo znacznie obrzękłe. Badanie moczu wykazuje spory ślad białka. Wejście do pochwy szerokie, pochwa długa w górę wyciągnięta; część pochwowa, bardzo wysoko ustawiona wyczuć się daje w postaci guzika. Ujście zewnętrzne szparowate z wrębami, na koniec palca drożne, szyjka zwęża się ku górze, dalszy ciąg części pochwowej rozszerza się zaraz szeroko na boki i przechodzi w ściany guza.

Rozpoznanie: Ciąża IX., prawdopodobnie szósty miesiąc księżycowy skończony, *hydramnios acutus*.

Wobec ogólnego stanu, wobec wielkiej duszności i osłabienia chorej, nie można było zwlekać. Dwa postępowania w tym przypadku były możliwe, albo przebicie pęcherza płodowego wprost przez szyję macicy, poczem nastą-

piłby bezwątpienia poród przedwczesny, albo też idąc za radą Schatza wykonać punkcyę macicy przez powłoki brzuszne, wypuścić pewną ilość wód płodowych w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie brzusznej, skutkiem czego duszność byłaby mniejszą, i starać się o utrzymanie ciąży. Powtarzając zaś taką punkcyę w pewnych odstępach czasu, możnaby mieć nadzieję utrzymania ciąży aż do czasu, w którym płód staje się zdolnym do życia pozamacicznego. W naszym przypadku wybrano to drugie i dnia 7. Września około 11-tej godziny przed południem wykonano cienkim trójgrańcem punkcyę macicy przez powłoki brzuszne, nieco powyżej i po stronie lewej w odległości 8—10 cm. od pępka. W celu zmniejszenia duszności i usunięcia bardzo znacznego napięcia w jamie brzusznej musiano wypuścić 4500 cm.³ wód płodowych, poczem założono zwykły, plastrowy opatrunek antyseptyczny, taki, jak po zwykłej punkcyi jamy brzusznej. Po punkcyi obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 113 cm., odległość zaś spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego wynosiła 56 cm.

Chora zniosła zabieg bardzo dobrze, tętno zwolniało nieco, 108 na minutę, liczba oddechów zmniejszyła się na 24—26 na minutę. Bezpośrednio po punkcyi podano chorej 25 kropel nastoju makowca i *laudanum* po 3 centygramy w czopkach. (Dokończenie nastąpi).

III. Z Zakładu higienicznego w Krakowie.

Higieniczne badanie wód studziennych w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

Przed kilkunastoma miesiącami [1]) miałem sposobność wyszczególnić wymagania współczesnej higieny od wody do picia. Nadmieniłem wówczas, że woda dobra pod względem higienicznym:

1) nie powinna zawierać bakteryj chorobotwórczych;

2) nie powinna zawierać innych bakteryj więcej niż 100 w 1 cm.³;

3) twardość nie powinna przenosić 16—18 stopni francuskich, czyli woda nie powinna zawierać więcej niż 160 do 180 miligr. wapna w litrze (siarkanu i węglanu wapniowego i magnowego);

4) nie powinna zawierać amoniaku ani kwasu azotawego (mianowicie woda studzienna);

5) nie powinna zawierać więcej niż 15 miligr. chloru (w postaci chlorków) w litrze;

6) nie powinna zawierać więcej ponad 50 miligr. w litrze materyj organicznych;

7) nie powinna zawierać więcej niż 5—10 miligramów kwasu azotowego.

Według innych badaczy dopuszczalne są ślady amoniaku oraz nieco więcej chloru i kwasu azotowego. (Związek szwajcarskich chemików dopuszcza 20 miligr. chloru i 20 miligr. kwasu azotowego [2]).

Jak się przedstawia wobec tych wymagań woda krakowska, rozpatrzymy poniżej.

Pod względem chemicznym woda krakowska badana była w r. 1870. przez prof. Olszewskiego. Zbadano wówczas 65 studzien. Zdanie, które wypowiedział prof. Olszewski, da się i obecnie powtórzyć. Woda krakowska studzienna jest stanowczo do użytku niezdatna a z niektórych studzien jest nawet prawdopodobnie szkodliwa.

W tablicy niżej umieszczonej mamy zestawione wyniki badań 74 studzien (z tego 3 studnie na Woli Justowskiej), które wykonaliśmy wspólnie z p. Leonardem Bierem, medykiem, którego gorliwej pracy w znacznej części wyniki tej pracy zawdzięczam.

Jakkolwiek nie znaleziono bakteryj chorobotwórczych w żadnej studni, to jednak

1) pod względem ilości bakteryj odpowiadają wymaganiom higieny tylko Nra 9, 18, 40, 41, 46, 47, 48, 73;

2) pod względem twardości żadna woda nie odpowiada wymaganiom higieny nawet w przybliżeniu. Najmniejszą twardość wynoszącą 36 do 48 stopni franc. mają wody Nra 42, 45, 54, 55, (Piasek i Kleparz) oraz 2 studnie na Woli Justowskiej. Natomiast w śródmieściu i na Kazimierzu spotykamy cyfry od 4 do 6 razy przenoszącą ilość normalną;

3) amoniak zawiera woda w większej części studzien krakowskich;

4) ilość materyj organicznych w znacznej liczbie studzien nie przechodzi dozwolonej normy; do tego jednak nie przywięzuje obecnie higiena tak wielkiej wagi. Natomiast

5) kwasu azotowego niema tylko w jednej studni (jest w niej amoniak);

6) kwasu azotawego nie znaleziono tylko w 26 studniach. Nadewszystko zaś ilość chlorków w wodzie studzien krakowskich jest wszędzie bardzo wielką i co najmniej 5—10 razy przekracza ilość dozwoloną. W 6 tylko studniach jest bliską normy a mianowicie na ulicy św. Filipa, na Szlaku (pod Nrem 54 i 55), na ulicy Rakowickiej i Basztowej (pod Nrem 57 i 58) i na Woli Justowskiej.

W Rynku i na Kazimierzu istnieją prawdziwe solanki sztuczne, z wydzielin powstałe. Taką jest n. p. studnia na Rynku w domu pod Nr. 9, 12. (szczególnie zaś Nr. 32. zawierający największą ilość obserwowaną w Krakowie) i wiele innych.

Wody tego rodzaju można uważać za rozcieńczony mocz; można nawet obliczyć stósunek tego materyału, wypijanego w takiej wodzie, jako 1 : 10 (w wodzie najgorszej) lub 1 : 100 (w przeważnej ilości wód krakowskich). Średnio więc wypijamy w wodzie 1 do 2% wydzielin płynnych, ludzkich i zwierzęcych.

Wobec tego istotnie naglącą jest potrzeba pomyślenia z jednej strony o zaprowadzeniu wodociągów z dobrą wodą i o racyonalny sposób kanalizacyi odprowadzającej zanieczyszczenia, które w teraźniejszych kanałach przynajmniej w śródmieściu w znacznej części muszą wsiąkać do gruntu. Widocznem to jest mianowicie w Rynku, gdzie inaczej niepodobna wyjaśnić tak wielkiej ilości chlorków w wodzie znajdowanych.

Do przesiąkania nieczystości do gruntu przyczyniają się oczywiście i doły kloaczne, które w pewnej liczbie są dna pozbawione; za pomocą badania ilości chlorków możnaby nawet z góry określić, które domy mają takie doły pochłonne.

Zresztą nawet dobrze uszczelnione doły kloaczne stają się z czasem przepuszczalnemi i zanieczyszczenia przechodzą z nich do studzien, w których poziom wody jest zawsze niżej położony a więc i ciśnienie w dole kloacznym w ten sposób musi być wyższe.

---

[1]) Patrz *Przegląd lekarski* Nr. 29 i 31 1894.

[2]) Rubner: Hb. d. Hyg. s. 305.

Tablica higienicznych rozbiorów wody ze studzien miasta Krakowa.

Liczba porządkowa	Data i miejsce zaczerpnięcia: Dzień, miesiąc i rok	Dzielnica	Ulica i Nr. domu	Ilość bakteryi w 1 ctm. sz.	Twardość ogólna	Twardość stała	Ilość chloru w litrze	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Części organicznych odp. kw. szczaw.	Uwagi
1.	6. Marca 1894.	Śródmieście (I.)	Rynek 6.	220	78	56	0.1669	więcej nad 0.010	prawie nie ma	prawie nie ma	0.024	woda czysta
2.	„	„	„ 9.	220	87	70	0.2095	„	„	„	0.024	„
3.	„	„	„ 12.	170	72	68	0.2308	„	„	„	0.0.4	„
4.	12. „	„	„ 41.	215	75	71	0.1562	„	ślad	ślad	0.025	„
5.	„	„	„ 47.	250	75	67	0.1491	„	„	„	0.020	„
6.	„	„	„ (studnia naprzeciw starostwa)	500	75	70	0.1953	„	„	„	0.015	„
7.	4. Kwietnia	„	Rynek 32.	1000	80	76	1.423	„ 0.001	słaby ślad	wyraźny ślad	0.062	w. nieco mętna
8.	„	„	„ 22.	220	72	64	0.1207	„	„	0	0.025	woda czysta
9.	8. Marca	„	Floryańska 14.	100	44	34	0.1491	„ 0.010	ślad	ślad	0.015	„
10.	16. „	„	Szczepańska 9.	540	87	79	0.1775	„	„	„	0.034	„
11.	4. Kwietnia	„	Franciszkańska 1.	800	66	64	0.1882	„	0	0	0.030	„
12.	„	„	Gołębia Uniw.	600	82	72	0.1953	„	0	0	0.043	„
13.	7. „	„	Jagiellońska 6. Szewska 11.	1000	76	72	0.1340	„ 0.001	słaby ślad	b. słaby ślad	0.033	„
14.	„	„	Św. Anny 5.	500	96	92	0.2485	„	„	„	0.036	„
15.	„	„	Wiślna 9.	1400	70	62	0.1704	„	„	0	0.022	„
16.	„	„	Bracka 9.	1250	96	74	0.1349	„	„	0	0.025	„
17.	9. „	„	Szpitalna 24.	400	62	54	0.0994	„	„	0	0.022	„
18.	„	„	Św. Jana 13. Św. Marka 16.	100	72	60	0.1179	„	0	słaby ślad	0.023	„
19.	„	„	Sławkowska 22.	1500	60	54	0.0817	„	0	0	0.017	„
20.	„	„	Św. Tomasza 8.	260	76	64	0.1207	„	0	b. słaby ślad	0.033	„
21.	„	„	Reformacka 1.	700	76	66	0.1254	„	0	0	0.023	„
22.	21. „	„	Kanonna 4.	160	64	62	0.1624	„	b. słaby ślad	0	0.013	„
23.	„	„	„ 11.	500	84	80	0.2485	„	„	0	0.023	„
24.	„	„	Poselska 20.	290	66	60	0.1278	„	„	0	0.011	„
25.	5. „	Stradom (II.)	Dietlowska 58.	490	84	76	0.1314	„	0	b. słaby ślad	0.030	„
26.	11. Maja	„	Św. Agnieszki 58. Stradom 27.	280	90	82	0.2059	„	ślad	0	0.025	„
27.	„	„	Koletek 4	650	90	62	0.2201	„	0	0	0.017	„
28.	„	„	Stradom 6.	600	82	64	0.1846	„	ślad	słaby ślad	0.023	„
29.	„	„	„ 13.	1150	72	68	0.1597	„	0	„	0.021	„
30.	5. Kwietnia	Kaźmierz (III.)	Dietlowska 67.	800	120	104	0.2024	„	0	b. słaby ślad	0.024	„
31.	„	„	„ 99.	920	80	80	0.1136	„	0	„	0.021	„
32.	6. „	„	Ciemna 17.	1500	72	72	0.1400	„	b. słaby ślad	0	0.022	„
33.	„	„	Szeroka 12.	4000	94	94	0.2485	„	„	0	0.018	„
34.	„	„	Piekarska 2.	400	80	72	0.1953	„	„	0	0.015	„
35.	„	„	Krakowska 45.	600	100	96	0.2769	„	„	0	0.024	„
36.	„	„	Skałeczna 3 i 5.	560	128	128	0.3905	„	„	słaby ślad	0.031	„
37.	„	„	Miodowa 11.	15600	104	96	0.2200	„	0	„	0.022	„
38.	11. Maja	„	„ 37.	1150	76	60	0.1278	około 0.001	ślad	0	0.017	„
39.	6. Marca	Piasek (IV. i V.)	Studencka 11.	200	56	26	0.0888	więcej nad 0.001	prawie nie ma	prawie nie ma	0.025	„
40.	„	„	„ 9.	90	68	64	0.1029	„	b. słaby ślad	0	0.015	„
41.	13. „	„	Dolne młyny 3.	90	72	72	0.0745	„	w. ślad	0	0.015	„
42.	16. „	„	Biskupia 8.	550	44	40	0.0426	ślad	„	0	0.021	„
43.	19. „	„	Krupnicza 10.	550	78	60	0.0817	więcej nad 0.010	prawie nie ma	prawie nie ma	0.035	„
44.	„	„	Karmelicka 8.	436	66	62	0.1527	„	„	„	0.038	„
45.	„	„	„ 15.	126	46	44	0.0462	„	0	0	0.027	„
46.	„	„	„ 47.	38	54	36	0.0604	nie ma	0	b. w. ślady	0.046	w. mętnawa
47.	„	„	Łobzowska 28.	86	86	86	0.0391	słaby ślad	0	0	0.028	woda czysta
48.	15. „	Kleparz (VI.)	Rynek kleparski.	90	68	51	0.0781	więcej nad 0.010	0	ślad	0.007	„
49.	„	„	Plac Matejki 5.	110	50	46	0.0639	„	0	0	0.014	„
50.	„	„	Pędzichów 16.	4800	112	58	0.3941	„	znaczna ilość	ślad	0.060	„
51.	„	„	Koszary Arcyks. Rudolfa.	910	55	52	0.0284	„	„	0	0.014	„
52.	16. „	„	Długa 12.	240	75	67	0.1598	„	ślad	ślad	0.038	„
53.	„	„	„ 59.	600	75	72	0.1385	„	„	„	0.020	„
54.	„	„	Szlak 8.	190	49	46	0.0213	„	„	0	0.025	„
55.	18. Maja	„	Św. Filipa 11.	208	48	30	0.0330	ślad	0	0	0.005	„
56.	17. Marca	Wesoła (VII.)	Lubicz 24.	440	79	72	0.0639	więcej nad 0.010	0	b. słaby ślad	0.028	„
57.	„	„	Rakowicka 21.	800	58	58	0.0249	„	0	0	0.018	„
58.	„	„	Basztowa 27.	800	68	62	0.0391	„	0	0	0.024	„
59.	„	„	Niecała 6.	320	80	64	0.0852	„	w. ślad	0	0.031	w. mętnawa
60.	„	„	Kolejowa 12.	3600	62	62	0.0533	„	0	0	0.028	woda czysta
61.	5. Kwietnia	„	Starowiślna 3.	1200	116	104	0.7278	więcej nad 0.001	0	w. ślady	0.078	woda prawie czysta z odcieniem żółtawym
62.	„	„	„ 22.	900	78	74	0.1775	„	ślad	„	0.048	
63.	20. „	„	Kolejowa 1.	250	56	52	0.0888	„	0	ślad	0.020	woda czysta
64.	9. „	Nowy Świat (VIII.)	Zwierzyniecka 21.	520	88	72	0.2095	więcej nad 0.010	b. w. ślady	znaczna ilość	0.050	„
65.	„	„	Smoleńska 19.	600	92	82	8.1100	„	ślad	0	0.040	„
66.	„	„	„ 16.	210	92	90	0.0426	około 0.001	0	w. ślad	0.023	mętna brudno-żółtawa
67.	„	„	Wolska 15.	140	110	104	0.1243	więcej nad 0.010	ślad	„	0.023	woda czysta

Liczba porządkowa	Data i miejsce zaczerpnięcia			Ilość bakteryj w 1 cm sz.	Twardość ogólna	Twardość stała	Ilość chlorku w litrze	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Części organicznych odp. kw. szczaw.	Uwagi
	Dzień, miesiąc i rok	Dzielnica	Ulica i Nr. domu									
68.	20. Kwiet. 1894.	Nowy Świat (VIII)	Wolska 2. Straszewskiego 22.	120	84	80	0.2485	więcej nad 0.001	b. słaby ślad	0	0.023	woda czysta
69.	19. Lipca	„	Wawel areszt.	110	60	—	0.284	bardzo dużo	0	0	—	„
70.	„	„	„ koszary.	110	60	—	0.142	„	0	0	—	„
71.	23. Sierpnia	„	Wola Justowska dom Eks. Dra Madejskiego.	120	48	7	0.024	ślady	—	—	—	w. zielonawa
72.	„	„	Wola Just., studnia pod pałacem.	2000	50	—	0.040	b. w. ślady	—	—	—	—
73.	„	„	Wola Just., druga studnia w domu Eks. Dra Madejskiego.	80	30	7	0.070	„	—	—	—	—
74.	„	„	Kopernika, szpital św. Łazarza, oddział chorób zakaźnych (studnia).	400	72	35	0.084	„	b. drobny ślad	—	—	—

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

W końcu musimy wspomnieć o ważnej roli, którą odgrywa w powstawaniu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita uszkodzenie otrzewny w miejscu przedziurawienia, stanowiące niejako bramę dla bakteryj wrastających w tkankę otrzewny; nadto uwzględnić musimy, o ile przedziurawienie jelita nie nastąpiło wskutek urazu, już poprzednio powstałe zmiany patologiczne otrzewny. Zmiany te, które w jednych przypadkach predysponują otrzewnę do stanu zapalnego skutkiem zmian, jakie nastąpiły w odżywieniu komórek śródbłonkowych, w innych chronią organizm od ogólnego zakażenia przez poprzednie wytworzenie zlepów oraz zrostów z sąsiedniemi narządami tak, że po pęknięciu jelita następuje tylko miejscowe, otorbione zapalenie otrzewny, którego przebieg bywa zazwyczaj stosunkowo łagodny oraz którego leczenie chirurgiczne najczęściej bywa uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Oczywiście przy powstawaniu zapalenia otrzewny, któremu głównie przeciwdziała resorpcya, nie jest obojętnym ogólny stan organizmu, od którego zależy unieszkodliwienie pewnej ilości bakteryj chorobotwórczych oraz ich produktów. Wiadomości nasze, tyczące się mechanizmu oraz chemizmu tej ważnej a zarazem tak ciekawej kwestyi, są dopiero w zaczątku. Znamy wprawdzie własności bakteryobójcze krwi oraz niektórych narządów, nie znamy jednak jeszcze dokładnie roli, jaką one odgrywają w powstawaniu zakaźnego zapalenia otrzewny. Nie ulega wątpliwości, że ciałka białe odgrywają tu pewną rolę, być może nawet najważniejszą, jednakowoż nieprawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, by wszystkie bakterye chorobotwórcze zostawały pokonane przez organizm za pomocą fagocytozy. To też większość badaczów przypisuje unieszkodliwienie bakteryj chorobotwórczych, które z jamy otrzewny wchłonięte zostały, przynajmniej w części różnym tkankom i narządom organizmu, jako to śledzionie i wątrobie (Grawitz[205]), krwi oraz wogóle tkankom organizmu (Baumgarten), głównie zaś wątrobie (Gilbert, Roger), która ma posiadać własność zmieniania i unieszkodliwiania jadów bakteryjnych.

Jeśli własności bakteryobójcze organizmu nie są w stanie unieszkodliwić wchłoniętych bakteryj, następuje bakteryemia. Wykazał ją Hahn[206]) w wielu przypadkach ciężkiego zapalenia otrzewny; nadto stwierdził ten stan A. Fraenkel[207]), Kraft[208]), Rodet i Roux[209]) i inni. Wprawdzie według Grawitza[210]) koki ropne mogą krążyć we krwi bez szkody dla organizmu, może się to jednak odnosić jedynie do stosunkowo niewielkich ilości tych bakteryj, które ostatecznie przez organizm pokonane zostają. Tavel i Lanz[211]) twierdzą, że bakteryemia w zapaleniu otrzewny nie jest częstą. Autorom tym, rozporządzającym bogatym materyałem klinicznym, udało się zaledwo raz jeden wykazać we krwi gronowiec ropny złocisty w przypadku przedziurawienia żołądka skutkiem pęknięcia wrzodu okrągłego.

Według Tavela i Lanza znacznie częstszą od bakteryemii jest toksynemia, czyli nagromadzenie się we krwi trujących produktów bakteryjnych. Zapalenie płuc, występujące niestety tak często po operacyach brzusznych, jest spowodowanem według Tavela i Lanza przez toksynemię. Według Wahla[113]) oraz innych chirurgów uważać należy podobne zapalenie płuc za sprawy przerzutowe, występujące po wchłonięciu wysięków brzusznych. Należy tu jednak uwzględnić rolę, którą przy powstawaniu tej komplikacyi odgrywa poprzednia, zazwyczaj długa narkoza chloroformowa.

W zapaleniu otrzewny przyczyną śmierci jest zazwyczaj toksynemia. Zgadzają się na to niemal wszyscy autorzy, uwzględniając głównie objawy kliniczne, wśród których następuje śmierć w zapaleniu otrzewny.

Z powyższego streszczenia wynika, że jeszcze wielu ważnych kwestyj, tyczących się patogenezy zapalenia otrzewny nie rozwiązano: chorobotwórczość drobnoustrojów saprofitycznych, jak *bacterii coli communis*, występująca po przejściu tego drobnoustroju przez ścianę jelita, zachowanie się jadowitości bakteryj, które już przez pewien czas zostały wystawione na bakteryobójcze działanie organizmu, własności bakteryobójcze tkanek organizmu wogóle, w szczególe zaś własności

[205]) Grawitz: Entwickelung der Eiterungslehre und ihr Verhältniss zur Cellularpathologie. Deutsche med. Woch. 1889. Nr. 23. p. 453.

[206]) Hahn: l. c. 29.
[207]) A. Fraenkel: l. c.
[208]) Kraft: l. c.
[209]) Rodet et Roux: l. c.
[210]) Grawitz: l. c.
[211]) Tavel und Lanz: l. c.
[113]) Wahl: Die Laparotomie bei Axendrehungen des Dünndarms. Archiv für klin. Chirurgie T. XXXVIII, Zeszyt 2, p. 233, 1889.

bakteryobójcze niektórych narządów oraz ich działanie chemiczne na wchłonięte przez organizm jady bakteryjne, działanie produktów bakteryjnych na tkankę otrzewny, występujące za bezpośredniem zetknięciem się oraz po zadziałaniu ogólnem na ustrój — wszystko to są zagadnienia doniosłe a opracowane zaledwie w małej cząstce. Z drugiej strony jednak badania doświadczalne nad patogenezą zapalenia otrzewny w zestawieniu z wynikami sekcyjnymi oraz obserwacyą kliniczną rozjaśniły wiele stron ciemnych w tej ciekawej sprawie. Z badań tych wynika, że jakkolwiek każdy z czynników, wchodzących w grę w powstawaniu zapalenia otrzewny, wywiera na ustrój pewne działanie czy to ogólne, czy też miejscowe, typowe zapalenie otrzewny udaje się tylko wyjątkowo wywołać drogę doświadczalną przez wprowadzanie w grę, o ile to jest możliwem, poszczególnych czynników chorobotwórczych, wziętych z osobna; najłatwiej zaś takie zapalenie wywołać, jeśli skombinujemy razem kilka z tych czynników.

W naturze dzieje się tak samo: nie mamy tu nigdy do czynienia z jednem działaniem, z jednym wpływem, lecz przeciwnie, rozliczne działania i przeciwdziałania wspierają się wzajemnie, uzupełniają a z drugiej strony osłabiają się i znoszą.

To też rozpatrując krytycznie powstanie każdego z osobna przypadku zapalenia otrzewny, musimy uwzględnić z jednej strony: bakterye, jakie się do jamy brzusznej dostały, a mianowicie ich ilość, chorobotwórczość, czyli jadowitość pierwotną, lub nabytą już po dostaniu się do ustroju, formę, w jakiej się te twory do jamy brzusznej dostały, to jest czy to nastąpiło w hodowli czystej, wolnej od większej ilości produktów bakteryjnych, czy też wraz z tymi produktami, czy bakterye dostały się do jamy brzusznej jako ciała wolne, czy też zawarte w grudkach ciał stałych, trudno podlegających wchłanianiu; czy istniała komunikacya ze światłem jelita lub ze światem zewnętrznym a to ze względu na działanie tlenu, który wspiera działanie bakteryj.

Dalej uwzględnić musimy działanie produktów bakteryjnych. W przypadkach przedziurawienia narządów brzusznych działanie treści jelita czy guzów brzusznych, jako masy, zwłaszcza mechaniczne drażnienie otrzewny przez ciało stałe; następnie winniśmy pamiętać o ważnej roli, jaką odgrywają w powstawaniu zapalenia otrzewny miejscowe uszkodzenia tej błony, istniejące przedtem sprawy zapalne, owrzodzenia sięgające wgłąb tkanek, w ogóle stany patologiczne całej błony otrzewny lub też tylko pewnych jej części, powstałe skutkiem spraw poprzednich; wreszcie ogólny stan organizmu, dotkniętego chorobą zazwyczaj jeszcze przed wystąpieniem zapalenia otrzewny i upośledzonego w wielu czynnościach fizyologicznych, o ile zapalenie otrzewny nie powstaje skutkiem urazu.

Z drugiej strony winniśmy mieć na uwadze wszystkie dotychczas zbadane urządzenia organizmu, które wchodzą w grę w walce ustroju z bakteryami i które niejako służą za ochronę przed zakażeniem oraz obronę po zakażeniu ustroju.

Przedewszystkiem, najważniejszą rolę odgrywa tu resorpcya; funkcya ta organizmu jest jednak zależna od przeróżnych czynników, jako to od stanu ogólnego organizmu, stanu błony otrzewny, ruchu robaczkowego kiszek i innych okoliczności, z których każda znów jest wynikiem szeregu rozmaitych wpływów. Później winniśmy mieć na uwadze fagocytozę, również zależną od wielu czynników, w znacznej części już nam znanych. Dalej, przesiąkanie, tworzenie się wysięków otrzewnowych, które niejako roztwarzają gromadzące się w jamie brzusznej substancye szkodliwe dla organizmu; wytwarzanie się złogów włóknikowych, powlekających powierzchnię otrzewny nieprzepuszczalną warstwą, utrudniającą resorpcyę tych ciał oraz wytwarzanie się wysięku ropnego, z którego ciałka białe, po części rozpadłe wraz ze szczątkami bujającego śródbłonka otrzewnowego zatykają ujścia limfatyczne na powierzchni brzusznej przepony. W końcu powinniśmy uwzględnić własności bakteryobójcze tkanek i narządów organizmu, ewentualnie już poprzednio istniejącą odporność na pewne zakażenia, oraz własności antytoksyczne tych tkanek i narządów. Oczywiście własności te muszą być zależne również od wielu czynników; wszakże czynniki te jeszcze zupełnie nie są nam znane.

Wielu czynników, wyszczególnionych powyżej w pierwszym i drugim szeregu, właściwie nie można sobie przeciwstawić, gdyż działanie ich jest bardzo rozmaitem, stósownie do danych okoliczności. N. p. resorpcya, zazwyczaj najsilniejsza w początkowych okresach zapalenia otrzewny, stósownie do ilości, jadowitości chorobotwórczych bakteryj, formy, w jakiej się one dostały do jamy brzusznej, oraz ilości znajdującego się tam choćby obojętnego płynu, prowadzi albo do ogólnego zakażenia organizmu, albo też do unieszkodliwienia i wydalenia bakteryj oraz ich produktów. W późniejszych okresach zapalenia otrzewny resorpcya z jamy brzusznej zmniejsza się a nawet może ustać na czas pewien, co niejako stanowi akt obrony przeciw ogólnemu zakażeniu czy zatruciu.

Zmiany patologiczne otrzewny, istniejące przed jej zakażeniem, wprawdzie ułatwiają wystąpienie zapalenia tej błony, często jednak dzięki tym zmianom zapalenie pozostaje ograniczonem i nie wywołuje poważniejszych skutków.

Jednem słowem, powstanie, przebieg oraz zejście każdego przypadku zapalenia otrzewny zależy od sumy wszystkich tych czynników, z których znaczną część już zbadano. Kombinacye tych czynników są jednak tak liczne, że zaledwo, sądząc z rezultatu, możemy wnioskować o poszczególnych wpływach, jakie zachodziły, oraz o wzajemnem oddziaływaniu na siebie przeróżnych czynników. Dzięki wielu, zwłaszcza w ostatnich czasach wykonanym pracom z dziedziny anatomii, fizyologii oraz patologii jamy brzusznej a nadto dzięki postępowi, który czyni bakteryologia na polu fizyologii drobnoustrojów, zapoznaliśmy się do pewnego stopnia ze sposobem powstawania zapalenia otrzewny. Wiadomości nasze w tym względzie polegają jednak przeważnie na danych mechanicznych oraz morfologicznych. Koniecznem ich uzupełnieniem byłyby dane chemiczne, których niestety jeszcze nie posiadamy, a które nietylko rozszerzyłyby nasze wiadomości w tej mierze, ale, co ważniejsza, pogłębiłyby je. Ponieważ opracowanie ze strony chemicznej kwestyi powstawania zapalenia otrzewny, jakoteż wielu innych spraw, doniosłych ze stanowiska patologii ogólnej, oprzeć się musi o chemizm substancyj białkowych, musimy tę stronę patogenezy zapalenia otrzewny odłożyć aż do upragnionej chwili, w której chemia przyniesie nam podstawy, na których nowa nauka oprzećby się mogła.

Zakopane we Wrześniu 1894.

Rozprawy nad surowicą przeciwbłoniczą na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece.

Podał

Dr. Jan Raczyński.

Kiedy na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, obradującym w Wiedniu przedstawił Aronson nowy sposób leczenia błonicy, przedstawiając równocześnie już osiągnięte w szpitalu Baginskyego w Berlinie wyniki, kiedy te same doniesienia o leczeniu błonicy surowicą poczynił równocześnie Behring a jeszcze w kilka tygodni wcześniej Roux, postanowiono, nie przesądzając sprawy, zostawić jej załatwienie Zjazdowi następnemu, za rok odbyć się mającemu w tej nadziei, że statystyka po roku uzyskana zdoła rzecz wyjaśnić. Od Października więc zeszłego roku rozpoczęto doświadczenia z surowicą we wszystkich prawie klinikach i szpitalach dla dzieci a wkrótce potem pojawiać się zaczęły zdania kliników, nowy ten lek stosujących.

Doniesienia te, pochodzące z różnych stron, stwierdzały w przeważnej liczbie pomyślne wyniki leczenia, zmniejszenie procentu śmiertelności, rzadsze pojawianie się pewnych groźnych objawów i t. d.

I tak Baginsky w Berlinie, Widerhofer w Wiedniu oświadczyli się stanowczo za tym nowym lekiem. W Marcu b. r. wypowiedział także swoje zdanie na posiedzeniu Tow. lek. krak. prof. Jakubowski i wykazał dowodnie, że w surowicy mamy środek jak dotychczas najlepsze w leczeniu błonicy dający wyniki. Zjazd lekarzy chorób wewnętrznych, obradujący w Monachium uznał także skuteczność surowicy a późniejsze doniesienia lekarzy niemieckich, francuskich, angielskich i t. d. brzmią prawie jednozgodnie na korzyść tego sposobu leczenia.

Chociaż więc wobec tych okoliczności wartość surowicy i jej znaczenie dla leczenia błonicy nie ulegały żadnej wątpliwości a sprawa wydawała się już rozstrzygniętą i tak dokładnie omówioną, że już z góry nie można się było spodziewać, aby powiedziano coś nowego, to przecież zdanie dwóch kliników doświadczających na tak wielkim materyale, wzbudziło ogólne zainteresowanie.

W połączonych więc sekcyach pedyatrycznej, higienicznej i chirurgicznej pod przewodnictwem prof. Soltmanna pierwszy zabrał głos Heubner (z Berlina) a sprawozdanie swoje rozpoczął przytoczeniem liczb za skutecznością błonicy przemawiających; i tak wykazać można przedewszystkiem, że ogólna liczba śmierci z błonicy w Berlinie w ostatnim roku zmniejszyła się; gdy średnio (z 10 ostatnich lat) bywało rocznie 660 przypadków, w tym roku było ich tylko 440. W Paryżu umierało aż do czasów surowicy średnio w 2 tygodniach po 30 do 145, obecnie umiera w tym samym czasie tylko 4 do 27, a znaczne zmniejszenie się procentu śmiertelności ma swoją przyczynę w powszechnem stosowaniu surowicy.

Przechodząc w dalszym ciągu wykładu do wyników w swojej klinice otrzymanych, wykazuje, że i tutaj cyfry świadczą na korzyść surowicy, ogółem leczono bowiem 220 przypadków z 11·4% śmiertelnością, mimo to, że leczono wstrzykiwaniem w s z y s t k i e przypadki błonicy do szpitala się zgłaszające, nawet w stanie zupełnie beznadziejnym. Z tych 220 przypadków rozróżnić należy 174 przypadków błonicy pierwotnej, samoistnej, z których stracono tylko 8·6% i 46 przypadków błonicy następowej i powikłanej z 21·7% śmierci.

Najwidoczniejszy skutek jest w 110 przypadkach, leczonych wstrzykiwaniem w 1—3 dniu choroby; tu śmiertelność wynosi tylko 5·4%.

Wpływ surowicy na przebieg błonicy odbija się przedewszystkiem na przebiegu tej choroby u osesków: z 11 dzieci nie liczących jeszcze roku życia, zapadłych na błonicę, umarło tylko jedno. Również wybitnie odbił się wpływ surowicy na przebieg przypadków, które w szpitalu tej choroby dostały (*Hausinfection*), i gdy dawniej procent śmiertelności w tych przypadkach był bardzo znaczny, obecnie spadł on do 18%. Że nie wchodzi tu w grę jakieś przypadkowo słabsze nasilenie choroby, dowodzi H. tem, że w ciągu roku zauważył w Marcu i Kwietniu a drugi raz w Lipcu b. r. wzmożenie się epidemii, spotykano wtedy chorobę w jej znacznym nasileniu a mimo to procent śmiertelności z tych okresów wynosi tylko 13.

Już przez wszystkich stosujących surowicę stwierdzone szybsze o d r y w a n i e s i ę i znikanie b ł o n wrzekomych potwierdza także Heubner; przypisuje on nadto surowicy wpływ na przebieg gorączki i twierdzi, z czem nie zgodził się drugi referent, że w przypadkach niepowikłanych, typowych, wstrzyknięcie surowicy obniża gorączkę i sprowadza ciepłotę do normy.

S z k o d l i w e działanie na nerki wyklucza on zupełnie, nie zauważono bowiem, aby w czasie stósowania surowicy białkomocz i zapalenie nerek były częstsze, niż dawniej a popiera swoje twierdzenie przytoczeniem następującego przypadku z swojej kliniki: Dziecko leczone w szpitalu na przewlekłe zapalenie nerek zapadło na błonicę i mimo zastósowania u niego surowicy, objawy ze strony nerek pozostały zupełnie bez zmiany, nie dostrzeżono żadnego ich pogorszenia.

Heubner stanowczo jest zdania, że surowica nigdy n i e s z k o d z i a doniesienia z literatury trzech przypadków Alfoldiego, Guinona i Moissarda śmierci po wstrzyknięciu, nie poparte sekcyą nie dowodzą niczego.

Przechodząc do omówienia d a w k i wyraża zdanie, że wstrzykiwać należy wielkie ilości; u jego chorych wypada średnio na jednego po 1700 jednostek immunizacyjnych a wielkość dawki czyni on zależną od wysokości gorączki, rozległości błon wrzekomych i t. d. Tak n. p. wstrzyknięto siedmio-miesięcznemu oseskowi w ciężkiej błonicy gardła i krtani 2500 jednostek immunizacyjnych, dawkę, która już przez samą ilość zawartego w niej kwasu karbolowego była ogromną; dziecko wyzdrowiało a H. przypisuje to tylko działaniu surowicy. Nawiasem nadmienia, że niejednokrotnie od zastósowania większej dawki wstrzymuje nas obawa przed zatruciem ustroju kwasem karbolowym i dla tego zwraca się z zapytaniem do obecnego na posiedzeniu prof. Behringa, czy nie dałoby się zastąpić kwasu karbolowego innym środkiem dla ustroju obojętnym.

P o r a ż e n i a w ogóle a zwłaszcza porażenia serca przydarzają się jak dawniej i w tym względzie surowica nic nie zdziałała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

B a u m: **Mleko kobiece, jego zmienność i wpływ na odżywienie osesków.**

W pierwszej części swej pracy bada autor mleko matek karmionych w średnio dostatecznej ilości mięszaną dyetą, których oseski są zdrowe i prawidłowo się rozwijają. 71 rozbiorów chemicznych dokonanych u 15 kobiet wykazuje skład mleka następujący:

białka	2·033%
tłuszczu	3·600%
cukru	6·402%
popiołu	0·227%
stałych substancyj	12·262%

Skład chemiczny mleka dwóch różnych mamek nie ulega takim zmianom, jak mleko każdej z nich z osobna w rozmaitym czasie. U każdej kobiety karmiącej jest tak zwane fizyologiczne wahanie się składu mleka, przyczem tłuszcz ulega największym a sole najmniejszym ekskursyom. W pierwszych dniach połogu aż do dnia 10-go a najpóźniej 17-go po porodzie mleko doznaje zmiany polegającej na zmniejszeniu się białka a zwiększeniu cukru. Od tego czasu począwszy, mleko kobiece nie okazuje żadnych zmian w swym składzie chemicznym prócz fizyologicznych, nieregularnych wahań; to też fałszywem jest powszechnie utarte zdanie, iż młoda mamka nie może karmić starszego dziecka dlatego, że pokarm jest inny. Pokarm wieloródek okazuje zmniejszenie się ilości stałych składników. Matki rodzące dzieci słabe, okazują w mleku zwiększenie się ilości stałych składników (prócz popiołu), co zdaje się, jest działaniem i urządzeniem natury, by dzieciom słabym, słabo więc ssącym produkować pokarm więcej skoncentrowany. Wpływu wieku osób karmiących (18—40 lat) na regularne zwiększenie lub zmniejszenie się jakichkolwiek składników mleka dostrzedz nie można. W drugiej części swej pracy bada autor wpływ odżywienia karmicielki na mleko i oseska. Forsowne odżywianie jakoteż podawanie w znacznej ilości przeważnie substancyj białkowatych zwiększa w mleku ilość tłuszczu. Taki sam wpływ na pokarm wywiera podawanie mamkom znacznej ilości płynów. Żywienie samemi pokarmami skrobiowatemi jakoteż podawanie karmicielkom potraw słonych, ostrych lub jarzyn nie zmienia chemicznego mleka. Z chwilą ustawania wydzielania się pokarmu zwiększa się ilość białka, zmniejsza zaś tłuszczu a mleko takie zupełnie nabiera składu chemicznego siary. Nie ma więc sposobu, aby przez szczególny sposób odżywiania mamki wpłynąć na szybszy rozwój dziecka; zmiana żywienia lub jednostronne odżywianie karmicielki nie szkodzi oseskowi.

Wystąpienie regularności, psychiczne wrażenia, przemijająca gorączka, nie wywołuje w pokarmie zmian mogących szkodzić dziecku. Wystąpienie zaburzeń w przewodzie pokarmowym u osesków wtedy tylko przypisać należy pokarmowi karmicielki, jeżeli mleko zawiera dużo białka a więc zbliża się do siary, co i tak jest powodem do odstawienia lub co wydarza się najczęściej, gdy zawiera dużo tłuszczu, co rozpoznać można za pomocą laktobutyrometru, powszechnie w praktyce prywatnej używanego.

Jak bardzo mało zależy skład chemiczny mleka od różnych wpływów zewnętrznych, tak ilość pokarmu wydzielanego jest bardzo względna i zależna od wielu czynników. Pominąwszy, iż pokarm wydziela się tylko do pewnego czasu, rozwój sutków wywiera wpływ rozstrzygający na ilość pokarmu. To też osoby delikatne w starszym wieku, nader otyłe, wyniszczone długiemi gorączkami, krwotokami, biegunkami, ulegające wpływom nerwowym, wydzielają nader mało pokarmu. Wieloródki mają zwyczajnie sutki rozwinięte lepiej, niż pierwiastki; to też mleka wydają więcej. Wpływ regularności na ilość pokarmu nie jest stały, gdyż może wystąpić w bardzo wczesnym okresie karmienia lub późnym i być znakiem nagłego ustania wydzielania się mleka; dlatego też idąc za zdaniem Pfeiffera z chwilą wystąpienia miesiączki należy kontrolować ciężar dziecka. Ilość pokarmu zależy od przyjmowanego przez matkę pożywienia, lecz zwiększyć tej ilości przez forsowne, choćby jednostronne odżywienie karmicielki znacznie nie można.

W wyborze mamek zadać sobie trzeba dwa pytania ze względu na ilość pokarmu: 1) Ile potrzebuje dziecko, które ma być karmione; 2) Czy mamka jest w stanie produkować taką ilość mleka?

Badania Krugera, Ahlfelda, Hahnera, Pfeiffera doprowadziły do utworzenia tablic wykazujących ilość mleka potrzebnego dla oseska na dobę. Liczby te nie zupełnie zgadzają się ze sobą; przeto autor wspólnie z Drem Gaertigiem robiąc więcej niż 1000 obliczeń na 38 zdrowych oseskach oznaczył jako średnie dawki ilości mleka przyjmowanego przez osesków na dobę

w 1-szym tygodniu na 600 gramów
w 2—4 „ „ 800 „
w 5—7 „ „ 950 „

Dla obliczenia ilości produkowanego mleka przez mamkę wystarczy jednorazowe obliczenie jego w 2 do 3 godzin po ostatniem wypróżnieniu sutków. Ponieważ osesek ssie średnio 7—8 razy na 24 godzin, przeto dobra mamka powinna produkować po 2—3 godzinnej pauzie:

w 1-szym tygodniu 75·80 grm., średnio 80·00 czyli z jednej piersi 40 gramów;
w 2—4. tygodniu 100—115 grm., średnio 110·00 czyli z jednej piersi 55 gramów;
w 5—7. tygodniu 119—136 grm., średnio 130 czyli z jednej piersi 65 gramów.

(Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 105. 1894).

Dr. Bolesław Komorowski.

Choroby zakaźne.

Wassermann: O usposobieniu do błonicy i zapobieganiu tej chorobie.

Nie znamy całkiem jeszcze przyczyny, dla której pewne osoby nie dostają różnych chorób zakaźnych, jakkolwiek znajdują się w okolicznościach sposobnych do ich dostania; usposobienie jest rzeczą w tej chwili jeszcze nieokreśloną i niewytłomaczoną.

Tak n. p. wiemy, że do błonicy dzieci są daleko bardziej usposobione, niż dorośli. Flügge wykazał, że we Wrocławiu na 1000 dzieci liczących od 5 do 6 lat dostaje corocznie 23·40 błonicy, gdy stosunek ten zmniejsza się w 10. roku życia do 4·37 a w 20 nawet do 0·72.

Trudno przypuszczać, żeby między tymi, którzy nie dostają błonicy, nie było mniej lub więcej takich, którzyby się nie znaleźli w stosunkach sprzyjających zarażeniu się; jest więc u pewnych osób coś, co je robi opornemi przeciw błonicy. W celu rozwiązania tej kwestyi badał autor własności bakteryobójcze surowicy krwi dzieci i osób dorosłych, które nie miały nigdy ani błonicy ani żadnej innej choroby gardła w ogólności. Dawkę jadu błoniczego, przedstawiającą ilość 10 razy większą od potrzebnej do zabicia świnki morskiej w 30 do 48 godzin, mięszano z centymetrem sześciennym surowicy i szczepiono tą mięszaniną zwierzę do doświadczeń przeznaczone.

Na 17 dzieci liczących od $1^1/_2$ do 11-tu lat jedenaście razy płyn rzeczony miał niezaprzeczone własności antytoksyczne, sześć razy nie przeszkodził zatruciu, lubo dwa razy opóźnił śmierć zwierzęcia.

Surowica u 34 osób dorosłych w równy sposób badana okazała się u 24 z nich skuteczną na jad błoniczy.

Jeszcze tego wprawdzie nie dowiedziono, ale wolno przypuszczać, iż to działanie antytoksyczne surowicy krwi pewnych ludzi jest przyczyną ich odporności przeciw błonicy.

W każdym razie uczy także i doświadczenie kliniczne, że dzieci oporne przeciw błonicy trafiają się dosyć często. Feer i Flügge zwracają uwagę na podstawie swoich postrzeżeń, że w rodzinach mających wiele dzieci często widzi się błonicę tylko u 2, o wiele rzadziej u 3 a już nadzwyczaj rzadko u 4, gdy przeciwnie ma się rzecz z odrą lub krztuścem (kokluszem), na które zapadają pospolicie wszystkie dzieci po kolei.

Jeżeli epidemie domowe błonicy nie nagabują wszystkich członków rodziny, to naodwrót występują one u różnych rodzin zajmujących po kolei toż samo mieszkanie, w którem trafił się raz przypadek tej choroby a wiadomo, jak często ludzie zajmujący małe mieszkania je zmieniają. Pochodzi to ztąd, iż lasecznik Löfflerowski ma w stosownych okolicznościach wielką żywotność i trzyma się uporczywie miejsca, w którem raz się pojawił.

Zdaje się, iż ta siła antytoksyczna surowicy wielu osób przeciw błonicy nie jest wrodzona, ale dopiero nabytą. Takby przynajmniej wnosić należało z okoliczności, że surowica zwierząt z natury swej opornych przeciw błonicy bynajmniej nie zobojętnia jadu błoniczego.

Z tych poszukiwań autora wypada kilka ważnych pod względem praktycznym wniosków a mianowicie przedewszystkiem, że ludzie całkiem zdrowi mogą przechowywać w sobie zarodki błonicy i szerzyć chorobę a następnie, iż w celu zapobiegania właśnie szerzeniu się błonicy nie można ograniczyć się na odosobnieniu samychże tylko chorych, lecz także trzeba odosobnić i członków rodziny mających z niemi styczność, tudzież, że osobom, które błonicę przebyły, nie można pozwolić wracać do szkoły lub brać się do zajęcia wprowadzającego ich w styczność z innymi ludźmi, dopóki badanie bakteryologiczne wykazuje u nich prątek Löfflerowski. *(Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.* Tom XIX. Zeszyt 3. 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

116. L. Rydygier (prof. w Krakowie): O leczeniu promienicy wstrzykiwaniami jodku potasu. Wiadomo z doświadczenia, jak trudno usunąć doszczętnie promienicę *(aktinomycosis)* drogą operacyjną, gdy się już rozszerzyła. Niestety i polecenie zażywania wewnętrznie jodku potasu nie zawsze prowadzi do pożądanego celu; dla tego w takim opornym przypadku, w którym ani zażywanie przerzeczonego środka wewnętrznie ani operacya nie doprowadziły do wyleczenia, postanowił autor na razie jeszcze nie operować, ale natomiast wstrzykiwać jodek potasu w rozczynie 1% w naciek a obok tego zadawać go wewnętrznie. Co 8 do 14 dni wstrzykiwano po 2 do 4 strzykawek Pravaza w naciek i to w różne jego miejsca. Wyleczenie zupełne obok całkowitego zniknięcia stwardnienia nastało w dwóch miesiącach.

Podobnież skutecznemi okazały się autorowi wstrzykiwania miąższowe 1% roztworu jodku potasu bez równoczesnego zadawania wewnętrznego tegoż samego środka w przypadku promienicy ściany brzusznej. *(Nowiny lekarskie.* Zeszyt ze Sierpnia i Września 1895).

117. E. Gross (w Budapeszcie): Przypadek zupełnej utraty wzroku po zażyciu środka przeciw tasiemcowi (z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego budapeszteńskiego). Prelegent opowiada o przypadku tyczącym się 29-letniego mężczyzny, który po zażyciu z własnej ordynacyi 32 torebek (kapsułek) z olejkiem racznikowym (*oleum ricini*), zawierających razem nadto 8 gramów *exti radicum filicis maris aetherei* i również 8 gramów *exti granati* dostał następnego dnia rozwolnienia i stracił przytomność a trzeciego dnia ociemniał na oba oczy (na lewem był zresztą już przedtem wzrok słabszy). Przy badaniu w dniu 7-mym znaleziono rozszerzenie jak największe (*ad maximum*) obydwóch źrenic, zupełny brak poczucia światła a dno oczu całkiem prawidłowe. Od 13. dnia począwszy można było przekonać się o postępującym coraz bardziej zaniku nerwów wzrokowych.

Prelegent wywodzi objawy zatrucia w tym przypadku z obecności właściwego w wyciągu z korzeni paproci kwasu, który rozszerza źrenicę, wywołuje upośledzenie przemijające lub trwałe wzroku i zanik jednego lub obydwóch nerwów wzrokowych. Działanie trujące paproci i przetworów z niej otrzymywanych zależy od jej pochodzenia, wieku, tudzież szczególniej sposobu zadania. Tak n. p. zażycie wyciągu paproci wraz z olejem rącznikowym ma powiększać znacznie niebezpieczeństwo.

W dyskusyi nad tym przypadkiem oświadcza prof. Arpad Bókai, że według jego zdania byłoby lepiej zadawać w oznaczonej ściśle ilości kwas paprotny, niż wyciąg z korzeni, zawierający w miarę okoliczności różne ilości substancyj trujących. *(Pester med.-chirurg. Presse.* Nr. 8. 1895).

118. F. Schiling (w Norymberdze): O wstrzykiwaniach podskórnych oliwy z kamforą. W przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, osobliwie zapalenia płuc, tudzież w niektórych otruciach przychodzi nieraz do zapadu, przeciw któremu trzeba działać, zadając środki wzmacniające i skrzepiające nie tylko przez jamę ustną i odbytnicę, ale i wstrzykując je podskórnie. Do tego celu nadają się najbardziej eter, piżmo i kamfora. Eter działa bardzo rychło, ale przelotnie. Piżmo działa wprawdzie bardzo dobrze na podniesienie czynności serca, ale przetwory jego mają skład bardzo niestały. Kamfora natomiast podnieca dzielnie a działanie to utrzymuje się dosyć długo. Dla tego podskórne wstrzykiwania oliwy z kamforą cieszą się uznaniem w praktyce.

Autor przekonał się, że używane dotychczas dawki roztworu kamfory w oliwie nieraz nie działają dostatecznie, bo są za małe; dla tego używa on dawek na raz bez porównania większych i z roztworu 1:10 wstrzykuje dzieciom jedną strzykawkę (gramową Pravazowska), dorosłym rzadko 3, zwykle od 5 do 10 strzykawek (lub połowę tej ilości roztworu dwa razy mocniejszego 2:10). Doświadczywszy w ten sposób, że chorzy bez wyjątku znoszą dobrze duże dawki, zadaje autor w przypadkach nagłej potrzeby naraz podskórnie i gram kamfory, wstrzykując albo dwa razy ilość mieszczącą się w strzykawce 5 gramowej, albo 10 strzykawek gramowych roztworu kamfory w oliwie w stosunku 1:10, w ten sposób, że bez odjęcia igły wstrzykuje w każde przedramię po 5 strzykawek. Działanie $^1/_2$ grama kamfory na tętno bardzo słabe, nitkowate jest wyraźne, całego zaś grama bardzo wybitne. Żadnego szkodliwego działania po takich dawkach na skórę, mózg, płuca i t. d. autor nie postrzegał. Wprawdzie możnaby się obawiać zatoru tłuszczowego w płucach, w piśmiennictwie nie znaleziono wszakże na to dowodu. W każdym razie, jak rozumie się samo przez się, potrzeba i przy takich wstrzykiwaniach pewnych ostrożności, t. j. wstrzykiwać zwolna i unikać żył.

Z przejrzenia piśmiennictwa w sprawie terapeutycznego stosowania kamfory pokazuje się, iż wszyscy autorowie zgodnie obawiają się dużych dawek leku rzeczonego. Autor sądzi na podstawie własnego doświadczenia, że trzeba zerwać raz koniecznie z tą tradycyą, opartą prawdopodobnie na doświadczeniu ze zwierzętami a przechodzącą z jednej książki do drugiej. Szczególniej tyczy się to wpływu dużych dawek kamfory na mózg; jakoż autor przekonał się w kilku przypadkach, że objawy mózgowe po wprowadzeniu pod skórę naraz nawet grama kamfory nie tylko się nie pogarszały, ale nieraz nawet po dalszych takich samych dawkach ustępowały. Dla tego autor zaleca gorąco w groźnym zapadzie duże naraz dawki podskórne kamfory, która, jak wiadomo, w dwie godziny po zadaniu opuszcza z moczem ustrój, nie działając zbiorowo (*cumulative*). Kilku kolegów autora przekonało się za pomocą własnych postrzeżeń o prawdziwej wartości jego rady. *(Münchener med. Wochenschrift.* 17. Września 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Września 1895 r.

— N. Pan postanowieniem z dnia 13. b. m. zamianował Dra Leona Macieja Jakubowskiego, nadzwyczajnego profesora pedyatryi w Uniwersytecie Jagiellońskim profesorem zwyczajnym.

— W odbytych w dniu wczorajszym wyborach do Sejmu krajowego wyszli z urny wyborczej posłami lekarze: Dr. Szymon Bernadzikowski w Brzesku, Dr. Franciszek Hoszard w Bochni, Dr. Leon Jakliński w Rudkach i Dr. Julian Olpiński w Trembowli.

— **III. Zjazd międzynarodowy fizyologów**, odbyty w Bernie szwajcarskiem w dniach od 8. do 13. Września b. r. przewyższył dwa poprzednie zarówno liczbą uczestników jak i zapowiedzianych odczytów i demonstracyj. Najliczniej reprezentowaną była prócz Szwajcaryi Anglia, zkąd przybyło przeszło 30 starszych i młodszych fizyologów. Wielu także przybyło z Niemiec i Francyi. Polską naukę reprezentowali proff. Cybulski i Beck.

Jakkolwiek Zjazdy międzynarodowe fizyologów różnią się od innych tego rodzaju Zjazdów tem, że stósownie do regulaminu pozbawione są wszelkich zewnętrznych uroczystości i poloru, przecież przyjęcie urządzone przez gospodarza Zjazdu, profesora Kroneckera, przez miasto, przez Wydział lekarski było tak serdeczne, że każdy z uczestników wyniósł jak najprzyjemniejsze wspomnienia.

Praca Zjazdu była nader gorliwą. Wykłady i demonstracye trwały codziennie po 8—10 godzin. Z przyjemnością przytoczyć wypada, że wielkie zainteresowanie się, szczególnie pomiędzy angielskimi fizyologami obudziła demonstracya proff. Becka i Cybulskiego zjawisk elektrycznych na korze mózgowej u małpy. Niektórzy, między innymi prof. Waller z Londynu oświadczyli wręcz, że głównie z powodu tej zapowiedzianej demonstracyi przybyli na Zjazd. Doświadczenie, pomimo niedogodnych okoliczności powiodło się znakomicie. Prócz tego prof. Beck miał wykład o chyżości ruchu krwi w żyle bramnej.

— Jak donoszą pisma codzienne, Pasteur w Paryżu zaniemógł ciężko; w pismach lekarskich francuskich nie znajdujemy jednak o tem żadnej wzmianki.

— (P. A.). Zawieszone wydawnictwo tak cennego *Index medicus* zostanie prawdopodobnie na nowo podjęte, skoro się zbierze tylko 200 prenumeratorów po 25 dolarów rocznie. Wobec korzyści naukowych podobnego wydawnictwa lekarze amerykańscy nie dadzą mu zapewne upaść.

— W dniu 4. i 5. Października r. b. odbędzie się w Bernie morawskiem wiec austryackich Izb lekarskich. Na porządku dziennym: 1. regulamin wiecu; 2. urządzenia dobroczynne dla stanu lekarskiego; 3. projekt etyki lekarskiej; 4. sprawa reklamy; 5. urządzenie nauk i egzaminów lekarskich; 6. reforma kas dla chorych; 7. klub lekarski z posłów lekarzy do Rady Państwa; 8. uwolnienie Izb od opłaty pocztowej; 9. regulamin dla Izb lekarskich; 10. obowiązek należenia do Izb; 11. obowiązek zgłaszania się do Izb; 12. donoszenie sądów do rady honorowej; 13. regulamin wyborczy dla Izb; 14. ogłaszanie zdań sprawy z posiedzeń Izb.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 24. b. m. w Berlinie w 76. roku życia Dr. Henryk Adolf Bardeleben, profesor chirurgii i dyrektor

tamtejszej kliniki chirurgicznej, autor cenionego dzieła: *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre*; — w swej willi nad jeziorem Garda Dr. August Tebaldi, profesor psychiatryi i dyrektor kliniki psychiatrycznej w Padwie, jeden z najznakomitszych psychiatrów włoskich.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 38. H. Strauss i F. Białokur: O zależności fermentacyi mlecznej w soku żołądkowym od zawartości kwasu solnego. A. Lipka: Przypadek anomalii rozwoju narządów moczopłciowych u 19. letniego osobnika. J. Weisblat: Leczenie surowicą przeciwbłoniczą w warszawskim szpitalu starozakonnych (dok.). J. Luxenburg: W sprawie wykrywania cukru w moczu. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie 12.: J. Świeżyński: Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewań do kiszki stolcowej u człowieka i zwierząt (dok.). J. Zawadzki i L. E. Bregman: Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następowym zatorem tętnicy Sylwiusza i oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego (dok.). — W *Medycynie* Nrze 38. W. Palmirski i W. Orłowski: Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą. J. Gromadzki: Dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (*extirpatio uteri totalis per laparotomiam*). — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie z Sierpnia i Września: L. Rydygier: O leczeniu promienicy wstrzykiwaniami jodku potasu. B. Wicherkiewicz: O pęcherzach brzegów powiekowych (z rys.). A. Jaruntowski: Przyczynek do ocenienia południowych stacyj klimatycznych dla chorych piersiowych. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. | Kraków 5. Października 1895 r. | Nr. 40.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 3, Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek ostrego nadmiaru potoku *(hydramnios acutus)* leczony przez punkcyę macicy.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Około godziny 3-ciej po południu, to jest w 4 godziny po punkcyi, chora miała się zupełnie dobrze; duszność bardzo mała, liczba oddechów wynosiła 20 do 22, ciepłota nie podniesiona, 36·8° C., tętno dobrze napięte, tylko nieco przyśpieszone 98. Chora nie skarżyła się ani na bóle w krzyżach, ani też na ściągania dołem w brzuchu; ściągań też ani skurczów macicy nie zauważono żadnych. W godzinę później, bo około 4-tej po południu, uczuła chora nagle jeden silny ból w krzyżach i dołem, w pięć minut później dostała drugiego silnego, partego bólu, podczas którego wśród prawdziwego potoku wód urodziła jeden za drugiem, małe niedonoszone bliźniaczki płci męzkiej, zupełnie prawidłowo rozwinięte. Po wydaleniu płodów macica pomimo okładów lodowych i nacierania kurczyła się bardzo leniwie, krwawienia znaczniejszego jednak początkowo nie było; dopiero w godzinę po urodzeniu się płodów wystąpił początkowo mały, potem zaś coraz większy krwotok. Wydobyto wtedy ręcznie popłód, podano wewnętrznie sporą dawkę wyciągu sporyszu a gdy krwawienie nie ustawało, macica zaś wiotka, miękka prawie, dokładnie ograniczyć się nie dająca wcale nie jędrniała, natarto energicznie macicę ręką zewnętrzną, trzymając drugą rękę w pięść złożoną w jamie macicy, poczem dopiero macica skurczyła się nieźle i krwawienie ustało. Ilość wód płodowych, które wśród porodu odeszły, była z wszelką pewnością przeszło dwa razy większą od ilości, którą wypuszczono przez punkcyę, a więc wynosiła przynajmniej około dziesięciu litrów. W przypadku tym przeto cała ilość wód płodowych dochodziła do piętnastu litrów.

Z bliźniaków pierwszy lepiej rozwinięty, urodzony w położeniu czaszkowem pierwszem, przez kilka minut dawał jeszcze znaki życia; drugi urodzony w położeniu czaszkowem drugiem, obumarł prawdopodobnie na kilka dni przed porodem, powierzchowne bowiem warstwy skóry, na brzuchu i tułowiu rozmiękłe, odchodziły płatami, okazując wyraźną macerację. Lepiej rozwinięty płód ważył około 900 grm. i był na 33 cm. długi; płód mniejszy nieżywo urodzony ważył nie całe 700 gramów, długość zaś ciała jego wynosiła 29 cm. Badanie anatomo-patologiczne zwłok obu noworodków nie wykazało zmian w narządach wewnętrznych.

Łożysko jedno, wspólne, dość duże, lecz cienkie; błony płodowe wszystkie, również wspólne, tworzyły jeden worek bez żadnej przegrody. Pępowina płodu większego odchodziła od środka łożyska; pępowina płodu mniejszego rozgałęziała się wśród błon (*insertio velamentosa*) i tą okolicznością tłómaczyć można śmierć płodu drugiego. A mianowicie póki parcie wewnątrz macicy skutkiem nadmiernej ilości wód płodowych nie było zbyt wielkiem, krew w naczyniach pępowiny, rozgałęziającej się w błonach mogła krążyć swobodnie; z chwilą jednak, gdy parcie wewnątrz macicy stało się większem, aniżeli parcie w naczyniach krwionośnych tejże pępowiny, krążenie krwi skutkiem uciśnięcia tychże naczyń do ściany macicy stało się niedostatecznem a wreszcie nie możliwem, sprowadzając śmierć właściwego płodu.

Dla przekonania się o stosunku obu powiatów łożyska dla jednego i dla drugiego płodu, nastrzykano łożysko powietrzem najpierw przez żyłę pępowiny, odchodzącej od środka łożyska i nastrzykano prawie całe łożysko, które stało się grubszem, wydęło się i przybrało barwę różową; tylko sam brzeg na 3 cm. szeroki a około 15 cm. długi od strony przyczepienia się pępowiny drugiej był zapadły i ciemno zabarwiony. Po 12 godzinach, gdy łożysko przybrało barwę szarowiśniową w całości, nastrzykano je przez żyłę pępowiny rozgałęziającej się w błonach; wtedy nastrzykano cały brzeg łożyska, który poprzód nie był nastrzykanym, a oprócz tego nastrzykanym został obszar podłużny wielkości około półtora talara, leżący więcej środka łożyska w miejscu, w którem łożysko niejako się zagłębiało, było cieńszem od otoczenia, obszar, który już poprzód przez żyłę pierwszej pępowiny był nastrzykanym. Obszar ten zatem wielkości półtora talara był wspólnym dla krążenia obu płodów.

Połóg przebiegał u chorej bez zaburzeń. Rankę po punkcyi opatrywano co trzeci dzień antyseptycznie. Już w kilka dni po porodzie ustąpiły obrzęki kończyn dolnych; w moczu białka nie było. Macica zwijała się dość szybko; bezpośrednio po porodzie sięgała dnem do pępka, w siódmym zaś dniu po porodzie sięgała do połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem.

W dniu 14-tym Września osoba ta na własne żądanie opuściła oddział.

Przypadek ten z powodu bardzo szybkiego powstania i przebiegu zaliczyć musimy do rzędu tych, które autorowie francuscy (Charpentier) nazwali *hydramnios acutus*. Jak już powyżej przytoczono, cierpienie to występuje przedewszystkiem w ciąży bliźniaczej z jednego jajka rozwijającej się.

Jeżeli w przypadkach takich za pomocą nastrzykania przez naczynia pępowinowe będziemy się starać w takiem łożysku bliźniaczem odgraniczyć od siebie powiaty, do każdego płodu z osobna należące, to przekonamy się, że na granicy obu powiatów znajduje się zwykle większy lub mniejszy obszar, który tak dobrze przez naczynia pępowinowe jednego, jakoteż i drugiego płodu nastrzykanym być może, a zatem obszar ten jest obszarem wspólnym, tak jak to było w naszym przypadku.

Według Schatza połączenie to odbywa się w ten sposób, że tętnica jednego płodu rozgałęzia się i kończy naczyniami włosowatemi, które łączą się następnie w żyłę należącą do krążenia płodu drugiego. W ten sposób krew płodu jednego może niejako przelewać się do obiegu krwi płodu drugiego. Otóż Schatz powstawanie takiego *hydramnios acutus* tłómaczy w ten sposób, że drogą tego wspólnego obszaru łożyskowego jeden płód przelewa więcej krwi do żylnego krwi obiegu drugiego płodu, aniżeli ten drugi oddaje. do żylnego obiegu krwi pierwszego płodu. Skutkiem tego następuje przerost serca płodu tego, który otrzymuje więcej krwi a jego nerki wydzielają więcej moczu, aniżeli w prawidłowych stosunkach. Który zaś z płodów otrzymuje więcej a który więcej krwi oddaje, to zależy od stosunków krążenia w tym wspólnym obszarze. I tak suma przekrojów odpowiednich naczyń krwionośnych jednego, może być znacznie większą od sumy przekrojów naczyń drugiego płodu, lub też drogi, któremi krew udaje się ze wspólnego lub do obszaru, mogą być różnej długości; jednego płodu naczynia biegną wprost, drugiego zaś mogą okrążać większe lub mniejsze przestrzenie, aby dojść do takiego samego miejsca.

Küstner tłómaczy sposób powstawania *hydramnios* w ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się w sposób odmienny, a mianowicie sposób powstawania i miejsce, w którem się łożysko rozwija, zwykle bywa korzystniejszem dla rozwoju jednego płodu, aniżeli dla płodu drugiego, czy to skutkiem niejednakiego rozwoju w samych początkach jaja płodowego, czy też z powodu, iż przebieg naczyń pępowinowych jednego płodu jest prostym, na krótkiej drodze, gdy naczynia drugiego opisują dłuższą drogę, jak to n. p. bywa w razie rozgałęziania się naczyń w błonach płodowych (*insertio velamentosa*). Pomimo, że czynność serca jednego płodu jest tak samo wydatną, jak płodu drugiego, jednak z powodu łatwiejszego odpływu większa ilość krwi ze wspólnego obszaru łożyskowego będzie dostawać się przez żyły do płodu z przyczepieniem pępowiny łożyskowem, aniżeli do drugiego a na odwrót dopływ krwi płodu przez tętnice pępkowe do łożyska będzie łatwiejszym, a więc i obfitszym dla płodu pierwszego, aniżeli dla drugiego. Skutkiem tego po pewnym czasie płód pierwszy rozwinie się lepiej a więc i czynność jego serca w porównaniu z czynnością serca drugiego płodu będzie wydatniejszą. Następstwem tej silniejszej czynności serca płodu pierwszego będzie przerost serca sprawiający większe wydzielanie się moczu. Gdy jednak ciągle wzmagającej się pracy serce przerosłe nie będzie już w stanie pokonać, występuje względna niedomoga serca, z następowym zastojem i zwiększeniem się parcia w naczyniach żylnych, co prowadzi do obrzęku i zwiększenia się transsudacyi. Wreszcie skutkiem długiego przekrwienia biernego wątroby rozwija się marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*), przez co parcie w zakresie żyły pępkowej jeszcze się zwiększy, sprawiając jeszcze większą transsudacyę.

Oprócz tych, należy wspomnieć tutaj o teoryi Wertha, który przypuszcza, że przyczyną *hydramnios* są zmiany w przybłonku kosmków łożyska, które, zdaniem jego, mają wtedy podobnie, jak przybłonek wyścielający gruczoły, wydzielać większą ilość płynu z obiegu krwi matki do naczyń płodowych.

Sallinger podaje za przyczynę *hydramnios* w swoim przypadku uciśnięcie żyły pępkowej w pierścieniu pępkowym, Nieberding zaś uważa zwężenie przewodu Botalla za przyczynę *hydramnios;* zwężenie bowiem przewodu tego utrudnia odpływ krwi z żyły czczej (*vena cava*) do tętnic, skutkiem czego powstaje zastój w naczyniach żylnych, co prowadzi do robocznego przerostu serca.

Najlepiej tłómaczy powstawanie takiego *hydramnios acutus* teorya Küstnera, który nie przypuszcza przedtem z góry żadnych zmian oprócz nierównych stosunków w krążeniu krwi łożyskowem obu płodów tak, jak to było w naszym przypadku. W każdym razie są to tylko teorye i przypuszczenia, których dotychczas nie udowodniono.

W powyżej opisanym przypadku nie udało się utrzymać ciąży, czy to z powodu obumarcia jednego z płodów, czy też z powodu nagłej zmiany w parciu śródmacicznem, która powstała po punkcyi, czy też obu tych czynników razem. W każdym razie sądzę, iż obumarcie płodu było w tym przypadku okolicznością zagrażającą przerwaniem ciąży, przyczyną zaś bezpośrednią, która wywołała czynność porodową, była punkcya macicy, względnie bardzo znaczna, bo 4500 cm.³ wynosząca ilość wypuszczonej na raz wody płodowej; do wypuszczenia zaś tej ilości wód zmuszeni zostaliśmy stanem chorej, gdyż dopiero wtedy duszność zmniejszyła się a napięcie w jamie brzusznej zwolniało. Wypuszczenie mniejszej ilości wód płodowych w naszym przypadku nie miałoby racyi, gdyż nie zmniejszyłoby wcale groźnych przypadów u matki. Być może, iż punkcya macicy znacznie wcześniejsza w podobnych przypadkach dałaby lepsze wyniki, gdyż wtedy możnaby systematycznie wypuszczać niezbyt wielką ilość wód płodowych na raz, skutkiem czego mniejszą lubo nagłą różnicę w napięciu śródmacicznem mogłaby macica znieść łatwiej bez znaczniejszego odczynu. W każdym razie przypadek nasz wraz z innymi, znanymi w piśmiennictwie, w których wykonywano punkcyę macicy z powodu pomyłek rozpoznawczych, dowodzi, że punkcyą macicy można w przypadkach takich wykonywać bez szkody, zamiast dotychczas powszechnie używanego przebicia pęcherza płodowego przez

szyję macicy. Skutkiem tego w odpowiednich przypadkach *hydramnios acutus* nie będziemy koniecznie z góry zmuszeni tracić wszelkiej nadziei utrzymania ciąży i ratowania życia płodów.

II. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10°/o roztworu chlorku cynku według metody Lannelonguea.

Podał

Dr. Józef Ziemacki,

docent chirurgii w uniwersytecie charkowskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

---

6) Wstrzykiwać należy naokół ognisk zapalnych. I to stanowi charakterystyczną cechę wstrzykiwań. Są to wstrzykiwania obwodowe. W zapaleniu jednej kości z osobna jestto rzecz nietrudna, jak również w tych formach zapaleń stawów, które biorą początek z ognisk gruźliczych w nasadach (epifizach) kości. Wtedy bowiem otaczamy ognisko gruźlicze całym wianuszkiem przekłuć igłą i zazwyczaj wystarczają jedno lub dwa posiedzenia, ażeby zapanować nad zapaleniem. Inna rzecz, jeśli mamy do czynienia z rozlanem, gruźliczem zapaleniem większego stawu. Wtedy stosunki anatomiczne są trudniejsze i nic dziwnego, że w takich razach potrzeba 5 do 6 posiedzeń a czasem i więcej, do osiągnięcia pożądanego rezultatu. Jednak i tutaj rezultaty są tak zachęcające, że przejmują prawdziwem zdumieniem. Potrzeba tylko uważnie i bardzo ostrożnie wstrzykiwać w miejsca przymocowania torebki stawowej do kości i otoczyć cały staw wiankiem wstrzyknięć.

Przy określaniu punktów do wstrzyknięcia najlepiej powodować się wskazówkami samego chorego. Przed posiedzeniem należy wybadać za pomocą lekkiego ucisku najdotkliwsze miejsca. Ucisk powinien być lekki. Chory zazwyczaj ściśle oznacza najboleśniejsze punkty. Miejsca te oznaczam ołówkiem (dermografem).

7) Przy injekcyach potrzeba pamiętać o nerwach, żyłach i tętnicach, otaczających staw, aby ich nie nakłuć!

8) Co się zaś tyczy techniki wstrzyknięcia chlorku cynku w rozmaite stawy z osobna, to odsyłam ciekawego do oryginału. Dzisiaj to zbytnieby powiększyło zupełnie niepotrzebnie i tak już zbyt długi artykuł. Powiem tylko, że sam stosowałem w kilku przypadkach *coxitis*, *arthrophlogosis humeri* i *cubiti* a u Mauclairea znajdujemy przypadki stosowania wstrzykiwań nawet w *spondylitis tuberculosa*.

Ciekawą jest bardzo rzeczą, w jaki sposób objaśnić takie działanie chlorku cynku na gruźliczo zapaloną tkankę?

Lannelongue podaje taką teoryę, na którą nie zupełnie można się zgodzić. Chlorek cynku podług niego wywołuje natychmiast po wstrzyknięciu silną emigracyą białych ciałek krwi. Już po dwu dniach tkanka łączna, w którą wstrzyknięto chlorek cynku, przedstawia znaczną hiperplazyą. Z miękkiej i elastycznej staje się twardą i sztywną. Wiotka ziarnina, która tak cechuje gruzełek, przeradza się w ścisłą tkankę łączną. Przez obwodowe (czyli okalające) okłucie naokół ogniska gruźliczego powstaje prawdziwy wał z twardej tkanki łącznej, która bardzo się różni od zwyczajnej tkanki łącznej. W nowoutworzonej pod wpływem cynku, bliznowatej tkance łącznej widzimy zmniejszenie się liczby i zwężenie naczyń limfatycznych. A naczynia limfatyczne w gruźlicy wielką odgrywają rolę w rozprzestrzenianiu się ziarniny i gruzełków. Przez wstrzykiwania obwodowe podług teoryi Lannelonguea tworzymy zaporę ochronną naokół ogniska choroby. Zaporę ochronną tworzy nowoutworzona, stwardniała tkanka łączna. Objaw wytworzenia tej tkanki stwardniałej, t. j. zrogowaciałej daje nazwę całej metodzie: *méthode sclerogène*.

Mnie się zdaje, że pomimo znaczenia tej metody przez stwardnienie, wstrzykiwania chlorku cynku działają przeważnie antyseptycznie, t. j. zabójczo na prątki gruźlicze; działanie bowiem tego środka nie ogranicza się tylko do małej okolicy wstrzyknięcia, ale rozszerza się na całe sąsiedztwo.

Jakkolwiek bądź dotychczas nie możemy pochwalić się, abyśmy dobrze rozumieli działanie chlorku cynku na zapalenia gruźlicze, to nie powinniśmy jednak odrzucać tej metody, rzecz bowiem niewątpliwa, że ona działa znakomicie.

Przeciwwskazań przeciw użyciu tej metody Lannelongue nie uznaje. Jedynem przeciwwskazaniem ma być tylko nadmierne osłabienie chorego. W takich razach należy przedsiębrać amputacyą. Ja jestem nieco odmiennego zdania. Podług mnie zapalenia gruźlicze, które przeszły już w ropienie, nie bardzo nadają się do leczenia tą metodą. Szczególniej w tych przypadkach, gdzie ostry okres przeszedł a mamy do czynienia z przetokami, które prowadzą albo do odsłon (sekwestrów), albo do jamy w kości, albo do jakiego ogniska zserzałego. W takich razach potrzebna jest artrektomia lub resekcya częściowa stawu, wyskrobanie łyżeczką przetoki, jamy i t. d.

Gdy istnieje gruźlicze zapalenie kości lub stawu w postaci niewielkiego ogniska a od tego ogniska idzie ropień zimny (*abscessus frigidus*, *congestivus*), to przedewszystkiem należy ów ropień opróżnić, wypłukać i wtedy dopiero wstrzykiwać chlorek cynku naokół samego ogniska. Lannelongue opróżnia ropień trójgrańcem; jamę ropnia dawniej przepłukiwał sublimatem (1:1000), obecnie przepłukuje tylko wodą destylowaną. W wielu przypadkach i ja trzymałem się tego przepisu; w ostatnich czasach zmieniłem jednak sposób leczenia. Wypuszczam ropę trójgrańcem; jeśli jest gęsta i zawiera masy zserzałe, to przemywam roztworem karbolu, albo sublimatu a na zakończenie wlewam mięszankę jodoformu w glicerynie (1:10) od 10·0 do 75·0. Mnie wydawało się, że taka kombinacya metody Lannelonguea ze sposobem Mikulicza okazała lepsze działanie.

W przeciągu trzech lat, od 1892. do 1895 r. leczyłem tą metodą około 40 przypadków. Pomiędzy niemi były bardzo ciężkie porażenia stawu biodrowego, łokciowego, kolanowego. Bezwarunkowo we wszystkich przypadkach otrzymywałem chwilowe polepszenie. Nie we wszystkich można było powstrzymać rozwój choroby i w wielu przypadkach trzeba było uciekać się do resekcyi stawu, otwierania ognisk i t. d. Nie trzeba też bynajmniej pojmować metody Lannelonguea tak, jakby ona mogła zapobiedz resekcyi stawów i artrektomii. Podług mnie szerokie pole dla tej metody stanowić powinny właśnie te przypadki, w których nie ma mowy jeszcze o resekcyi stawu a więc wszystkie przypadki gruźliczego zapalenia kości i stawów w początkowym okresie. I w takiej chwili metoda ta daje bardzo dobre wyniki. Z tych 40 przypadków miałem 17 przypadków gruźlicy kości w po-

czątkach cierpienia. Odrzucając 5 przypadków, w których rezultat leczenia jest niewiadomy, gdyż chorzy usunęli się z pod obserwacyi, pozostaje 12 przypadków zupełnie wyleczonych jedynie wstrzykiwaniami Lannelonguea; pomiędzy niemi: 1 przypadek zapalenia stawu biodrowego (*coxitis*), 4 przypadki *arthrophlogosis genu*, 3 *arthrophlogosis talo-tibialis*, 1 *osteitis metacarpi*, 1 *osteitis carpo-radialis*, 1 *osteitis ossis cuboidei* i 1 *osteitis navicularis et tali.*

W ostatnim roku zacząłem kombinować metodę Lannelonguea z metodą Biera. Bier, jak wiadomo, zaproponował leczyć gruźlicę kości i stawów za pomocą przekrwienia peryodycznie powtarzanego (*Stauungshyperaemie*). W tym celu nawięzuje choremu powyżej ogniska choroby opaskę elastyczną, gumową. Ucisk, przez nią wywołany, powinien powstrzymywać odpływ krwi żylnej, nie przeszkadzając dopływowi krwi tętniczej. Powtarzać należy tę manipulacyą co dzień po kilka godzin. W ostatnich moich przypadkach skombinowałem Biera z Lannelonguem. Wyniki okazały się bardzo dobre. Takie peryodyczne, bierne przekrwienie w kończynach jest bardzo pożyteczne po wstrzykiwaniach chlorku cynku. Od Stycznia b. r. leczyłem w ten sposób 4 przypadki gruźlicy stawów w dolnej kończynie i, o ile mogę przypuszczać, wyleczenie będzie trwałe.

Bądź co bądź, czy będziemy używać samej tylko metody Lannelonguea, czy może zechcemy ją skombinować z jaką inną, fakt pozostanie faktem, że warto większą uwagę zwrócić na ten sposób.

Prostota i łatwość operowania są to już dwa wielkie względy praktyczne, których lekceważyć nie można. One pozwolą każdemu lekarzowi praktycznemu, przy pewnej znajomości anatomii stawów, przeprowadzić leczenie wstrzykiwaniami chlorku cynku. A dotychczasowe bardzo pomyślne wyniki niechaj posłużą za zachętę do większego jej rozpowszechnienia. Metoda Lannelonguea zasługuje na gorące poparcie!

Czerwiec, 1895 r.

III.

KILKA UWAG
o stosowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych męzkich.

Podał

M. Misiewicz w Warszawie.

Glax, Klemensiewicz i Landerer wykazali w swej pracy: *Beiträge zur Lehre von der Entzündung*, iż w środku tkanek i ognisk zapalnych tak mocno wypełniają się wysiękiem przestrzenie chłonne, że naczynia odwodzące i drogi chłonne, wskutek przygniecenia, działają wadliwie i niedostatecznie. Wszelka więc interwencya mechaniczna, jak: mięsienie, ucisk i gniecenie tego miejsca sprawiać będzie jeszcze większe utrudnienie obiegu krwi. Zupełnie rzecz się inaczej przedstawia na obwodzie, w miejscach oddalonych od ognisk zapalnych. Tam bowiem czynność naczyń, bądź krwionośnych, bądź chłonnych zachowana jest jeszcze w zupełności. W sprawach przewlekłych wysięk usuniętym wprawdzie zostaje za pomocą resorpcyi, lecz mimo to równowaga zupełna między tkankami a płynami, krążącymi w naczyniach, nie wraca w zupełności.

Z tych uwag wysnuć należy wniosek, iż we wszystkich prawie sprawach chorobowych pochodzenia zapalnego należy zacząć od stósowania wszelkich mechanicznych czynników, a więc i mięsienia, nie na samem ognisku zapalnem, lecz na jego obwodzie i dopiero, w miarę poprawy, posuwać się ku środkowi, słowem, iż należy zaczynać przedewszystkiem od t. zw. mięsienia obocznego.

Powtóre, Le Fort i Valtat dowiedli, że nie tylko w kończynach, ale i w jamie brzusznej wszelkie sprawy zapalne prowadzą do zaniku sąsiednich grup mięśniowych. Najwyraźniej przekonano się o zaniku mięśni pośladkowych w zapaleniach stawu biodrowego, m. czworogłowego w zapaleniu kolana, mm. *tibialis antici*, *peronei* w zajęciu stopy. Podobny zanik spostrzegał Valtat i w m prostym brzucha, krokowych i przeponowym w sprawach jamy brzusznej. Wskutek zmian w unaczynieniu i krążeniu limfy, komórki mięśniowe podlegają zwyrodnieniu tłuszczowemu a z czasem i zanikowi.

Z tego więc łatwo zrozumieć, iż w mięsieniu obocznem należy pilną zwracać uwagę na sąsiednią muskulaturę i na otworzenie dróg limfatycznych, któremi wyprowadzić zamierzamy resztki wysięku zapalnego.

Ażeby otworzyć drogi limfatyczne, wyszukujemy i zakreślamy, o ile można, jak najściślejsze granice danego ogniska i stósujemy mięsienie na jego brzegu, lub na granicy sąsiednich tkanek zdrowych. Rękoczyn sam polega na objęciu jedną lub obydwiema rękami chorego odcinka tułowia i dośrodkowem pocieraniu dłonią i sprychowym brzegiem ręki, z pewnym umiarkowanym naciskiem w miejscach odpowiadających naczyniom żylnym i limfatycznym. Pewien obrzęk tych naczyń wskazuje na zmniejszenie się ucisku wysiękowego i na możność przyjęcia i wprowadzenia w obrot produktów chorobowych. Wtedy przystąpić już można do właściwego mięsienia.

Do obocznego mięsienia należą 4 rękoczyny, to jest 1) *effleurage* okolicy lędźwiowej, 2) *effleurage* okolicy krzyżowej, 3) postępowe ugniatanie i *petrisage* mięśni krzyża i lędźwi, 4) opukiwanie (*Muskelhacken* Metzgera) mięśni krzyża i kości krzyżowej, bądź brzegiem sprychowym obydwóch dłoni, bądź dłonią złożoną *à l'air comprimé.*

Właściwy masaż brzucha i podbrzusza składa się z bardzo wielu rękoczynów, w różnym celu stósowanych. Od czasów Linga, który zwracał całą uwagę na wzmocnienie muskulatury brzucha, zaszły wielkie zmiany. Ruchy czynne i gimnastyka ustąpiły naprzód miejsca ruchom biernym (Zander, Anders ze Sztokholmu) a potem mięsieniu narządów jamy brzusznej. Thure Brandt wykazał, iż pod wpływem pogładzania i pociągania po skórze podbrzusza włókna mięśniowe macicy kurczą się. Prochownick wykazał to samo dla innych narządów, opatrzonych we włókna mięsne, dla pęcherza, moczowodów oraz trzew. Łatwo zrozumieć, iż skurcze tych włókien mięsnych powstają na drodze odruchu.

Ale prócz tych objawów działa mięsienie i sposobem czysto mechanicznym, wydalając rozmiękły kał, oraz przyśpieszając wydzielanie soków trawiennych. Umiejętne zastósowanie biernych ruchów gimnastycznych, wykonanych po mięsieniu, znakomicie wzmacnia osiągnięte wyniki.

Dla odruchowego podrażnienia narządów podbrzusza kładę zwykle wskazujący, średni i obrączkowy palec prawej ręki na daną okolicę, dużym pal-

cem opieram się, tworząc z niego punkt oporu; resztą zaś palców pociągam w koło, zakreślam nimi koliste linie, starając się, by duży palec stanowił ich środek. Przekonałem się, że im delikatniej dotykać się palcami, tem silniejszym będzie ruch robaczkowy, a im silniej naciskać, tem mniej skutku w odruchach trzew. U osób nerwowych powstają czasami tak gwałtowne odruchy, iż rękoczynu zaprzestać jesteśmy zmuszeni.

Pośrednim rękoczynem między czysto odruchowemi a mechanicznemi są p o c i e r a n i a i u g n i a t a n i a k i s z k i ś l e p e j, o k r ę ż n i c y w s t ę p u j ą c e j, p ę c h e r z a i o d b y t n i c y; prócz wzmocnienia bowiem ruchów mięśni trzew przyśpieszamy wydalanie kału, wzmacniamy wydzielanie soków i ułatwiamy obieg krwi. W tym celu cztery palce prawej ręki przykładam do pachwiny w ten sposób, iż końce palców są zwrócone do *symphysis ossium pubis*, a położywszy palce lewej ręki na drugą falangę palców prawej dla wzmocnienia, pocieram i ugniatam nią po kiszce ślepej, w kierunku od dołu i zewnątrz do góry i na wewnątrz. Rękę powinno się przyłożyć równolegle do ścian brzucha a palców nie można wtłaczać, sprawia to bowiem ból i skurcz muskulatury, niszczący cały skutek mięsienia. Prócz zmiażdżenia kału i wydalenia go ku górze osiągamy też w e s s a n i e w y s i ę k ó w i z r o s t ó w z a p a l n y c h, tudzież wzmocnienie warstwy mięśniowej w kiszce ślepej, będącej często w stanie porażenia po *typhlitis stercoralis*.

Jest to p i e r w s z a c z ę ś ć rękoczynu, o którym mowa. W dalszym ciągu kładę rękę całą w kierunku pionowym na prawą okolicę podbrzusza, z palcami zwróconemi ku pępkowi a dłonią skierowaną ku *spina superior anterior dextra* i wykonywam całą dłonią ucisk po okrężnicy wstępującej, poprzecznej i zstępującej, starając się w tym obiegu ucisnąć i delikatnie uwięzić wątrobę między ręką a przeponą. Poczem przechodzi się po dolnym odcinku jelit cienkich i lekko rozciera pęcherz moczowy. Główny ucisk wywierają tu dłoń, brzuśce palców dużego i małego a punktami wytycznemi są kwadrat, ograniczony z dołu dwiema *spinae, superior anterior dextra et sinistra*, oraz dolny brzeg prawego i lewego dziesiątego żebra. Zabieg ten ma znaczenie dla narządów jamy miednicy, jako mięsienie oboczne.

D r u g i m a k t e m właściwego mięsienia narządów podbrzusza jest rękoczyn stosowany w okolicę *S. Romanum*, *rectum* i na dolny odcinek o k r ę ż n i c y z s t ę p u j ą c e j. Układ palców obydwóch rąk jest taki sam, jak przy mięsieniu kiszki ślepej, lecz końce palców winny być skierowane na zewnątrz i ku górze a ruchy rąk idą od zewnątrz i z góry, ku dołowi lewej jamy miednicy, przyczem w miarę zesuwania palców ku dołowi, wywierać należy coraz silniejszy nacisk pierwszą falangą palców prawej ręki. I tu pamiętać należy, aby palce leżały na pokrywach brzusznych nie pionowo, lecz poziomo. W niektórych postaciach zastoin kałowych i w *ileus* zagięcie esowate i odbytnica tak są przepełnione kałem, że przedewszystkiem rozmiażdżamy twardy kał najniższego odcinka zagięcia esowatego i uwalniamy go od treści, ująwszy w palce daną część trzew i wyciskając go w kierunku jamy małej miednicy.

Tam gdzie chodzi o u ł a t w i e n i e k r ą ż e n i a i w y d z i e l a n i a, stosujemy trzy następujące zabiegi:

P o p i e r w s z e rękę z odwiedzionym szeroko od dłoni paluchem kładziemy w poprzek brzucha pod pępkiem i ugniatamy go w kierunku poprzecznym tuż pod dolnym brzegiem wątroby. Chcąc zadziałać silniej, kładziemy obydwie ręce i ugniatamy przez środek brzucha palcami wskazującymi i paluchami tak, iż tworzy się fałd w pokrywach brzusznych. Wykonawszy ten rękoczyn, zwany przez Zabłudowskiego p r z e c i ę c i e m b r z u c h a *(Durchschneiden des Leibes mit einer Hand oder mit beiden Händen)* kończyły go kilkakrotnem ugniataniem nad i pod linią przecięcia za pomocą całej dłoni.

P o d r u g i e. Ugniatanie brzucha jest jednym z najważniejszych rękoczynów i polega na uciskaniu dłonią i dolnym końcem przedramienia całej ruchomej masy brzucha ku przodowi a następnie odsuwanie tejże masy ku tyłowi, co zupełnie przypomina ugniatanie dużego ciasta. Jeśli pokrywy brzuszne są zbyt grube i brzuch duży, wtedy asystent, stający z przeciwnej strony łóżka krzyżuje swą rękę z ręką operatora i wykonywa też same ruchy.

P o t r z e c i e. W y c i s k a n i e ś c i a n k i s z k i ś l e p e j, *S. Romanum*, o k r ę ż n i c y i p ę c h e r z a. Jest to jeden z najtrudniejszych zabiegów; należy go wykonywać nader ostrożnie i bez zbytniego zastosowania siły, wywołuje bowiem niezwłocznie skurcz mięśni brzucha, przyczem powłoki jego i uchwycone już narządy wyślizgują się z rąk. W takich razach podkładam wyciągnięte palce lewej ręki głęboko w pokrywy brzucha a prawą staram się naciągnąć je tak dalece, aby przynajmniej dwie falangi palców pierwszej ręki były pokryte i wtedy umocowane między obydwiema rękami narządy staram się masować i uciskać. W podobny sposób wykonywam i w a ł k o w a n i e narządów miednicy. Dopiero, gdy chory przywyknie do takich rękoczynów i ściany nie oddziaływają zbytnim odruchem, przystępuję do uchwycenia narządów, każdego osobno i właściwego wyciskania.

Po każdym z tych zabiegów wykonywać należy lekkie k l e p a n i e *(tapotement)* okolic masowanych. Przytem prawa ręka uderza w w o l n e m t e m p i e b r z u ś c a m i p a l c ó w, lewa zaś ich powierzchnią g r z b i e t o w ą po ścianach podbrzusza. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

4) *Polypus mucosus uteri. Retroflexio uteri gravidi.*

L. p. 93. T. M., lat 28, zamężna, z Krakowa. R o z p o z n a n i e: *Polypus mucosus cervicis uteri. Retroflexio uteri gravidi.* L e c z e n i e: *Excisio polypi.*

W y w i a d y: Zamężna od lat 9. Rodziła 2 razy; porody i połogi prawidłowe. Ostatni poród przed 3 laty. Po ostatnim porodzie regularność dotąd niebolesna, powtarzała się z bólami w krzyżach do Grudnia 1893 r. Od kilku tygodni obfite białe upławy. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

S t a n o b e c n y: Z ujścia zewnętrznego macicy, drożnego dla palca zwisa nisko do pochwy, bo prawie do wejścia pochwowego polip śluzowy wielkości orzecha laskowego.

Część pochwowa skrócona jest zbliżona do spojenia łonowego. Tylne sklepienie pochwy szersze, wypuklone przez trzon macicy powiększony odpowiednio do czwartego miesiąca ciąży, ułożony do szyjki pod kątem ostrym.

Dnia 9. Kwietnia podwiązano polip przy podstawie i odcięto nożyczkami, poczem zalecono chorej ciągłe leżenie w łóżku w położeniu boczno-brzusznem (*Seitenbauchlage*). Podczas tego trzon macicy coraz więcej podnosił się ku górze i przodowi a w tydzień potem macica była już położona w przodozgięciu. W tym więc przypadku przez samo ułożenie chorej bez odprowadzania macica powróciła w położenie prawidłowe.

5) *Retroflexio uteri fixata.* Z powodu tego cierpienia w większej liczbie przypadków po wyczerpaniu leczenia konserwatywnego wykonaliśmy 6 razy wentrofiksacya macicy, zabieg, który także z innych wskazań w innych 6 przypadkach w ubiegłym roku szkolnym znalazł zastosowanie. Przypadki te zostały szczegółowo ogłoszone przez jednego z nas w *Przeglądzie lekarskim*[28]).

IV.

Jajniki.

Cystis ovarii dextri	2
Cystis ovarii sinistri	4
Cystis parovarii dextri	2
Descensus ovarii utriusque	6
Cystoma ovarii dextri	9
Cystoma ovarii sinistri	2
Cystoma ovarii utriusque	1
Oo- et perioophoritis dextra	1
Razem	27

1) Torbiele i torbielaki jajników.

Tablica b).

L. p.	Imię i nazwisko	Rozpoznanie	Leczenie	Wynik
1.	Z. Ż., lat 36, zamężna, z Gruszowa.	Cystoma ovarii dextri. Ascites. Prolapsus uteri completus.	Cystomovariectomia dextra. Ventrofixatio uteri.	Sanata.
2.	D. N., lat 55, zamężna, z Rabki.	Cystoma ovarii dextri accretum. Ascites. Prolapsus vaginae posterioris. Descensus uteri.	Cystomovariectomia dextra. Ventrofixatio uteri.	Sanata.
3.	A. K., lat 52, zamężna, z Woli Mędrzechowskiej.	Cystis ovarii sinistri partim accreta. Prolapsus uteri completus.	Cystovariectomia.	Sanata.
4.	J. L., lat 27, zamężna, z Górska.	Cystis ovarii sinistri libera.	Cystovarectomia.	Sanata.
5.	K. P., lat 25, zamężna, ze Zborzyc.	Cystoma ovarii sinistri.	Cystomovariectomia.	Sanata.
6.	M. G., lat 35. zamężna. ze Starego Sącza.	Cystoma ovarii dextri accretum.	Cystomovariectomia.	Sanata.
7.	J. P., lat 37, zamężna. z Filipowic.	Cystoma intraligamentosum ovarii dextri. Degeneratio cystica ovarii sinistri. Fibromyomata multiplicia uteri.	Cystomovariectomia dextra et ovariectomia dextra.	Sanata.
8.	D. M., lat 25, zamężna, z Jaćmierza.	Cystis parovarii sinistri intraligamentosa.	Cystparovariectomia dextra.	Sanata.
9.	M. K., lat 49, zamężna, z Ochotnicy.	Cystoma introligamentosum accretum ovarii sinistri. Perimetritis adhaesiva. Hydrosalpinx dextra.	Cystomovariectomia dextra. Salpingectomia dextra.	Sanata.
10.	I. Z., lat 20, wolna, z Krakowa.	Cystoma ovarii dextri liberum. Cystis dermoidalis in pariete cystomatis.	Cystomovariectomia dextra.	Sanata.
11.	A. B., lat 48, zamężna. ze Zwierzyńca.	Cystoma ovarii dextri ruptum. Peritonitis pseudomyxomatosa. Prolapsus vaginae posterioris.	Cystomovariectomia.	Mors.
12.	M. P., lat 35, wolna, z Harbutowic.	Cystis ovarii dextri partim accreta. Retroflexio uteri fixata.	Cystovariectomia. Ventrofixatio.	Sanata.
13.	A. K., lat 48, zamężna, z Jaworzna.	Cystis ovarii sinistri libera. Prolapsus uteri completus. Metritis ingens.	Cystovariectomia sinistra. Ventrofixatio. Operatio prolapsus vaginae m. Freund. Perineorrhaphia met. Lawson-Tait.	Sanata.
14.	I. M., lat 25, zamężna, z Sambora.	Cystoma ovarii dextri papilliferum, intraligamentosum, accretum.	Cystomovariectomia.	Sanata.
15.	B. F., lat 33, zamężna, z Wieliczki.	Cystoma ovarii utriusque partim intraligamentosum.	Cystomovariectomia.	Sanata.
16.	M. P., lat 40, wolna, z Zygartowic.	Cystis parovarii dextri. Pedunculus circa axim ter tortus, inde haemorrhagiae in cystim nec non apoplexiae multiplices tumoris et haemorrhagiae in textum ovarii dextri quinquies aucti, subsequente peritonitide incipiente.	Cystparovariectomia et ovariectomia dextra.	Sanata.

Zestawiając te swoje przypadki z różnych punktów widzenia, mieliśmy:

1. Torbielaków	10
Torbieli jajnikowych	4
Torbieli przyjajnikowych *(parovarium)*	2
2. Guzów z prawego jajnika	9
Guzów z lewego jajnika	6
Guzów obustronnych	1
3. Guzów na szypułce	11
Guzów wśródwięzadłowych	5

---

[28]) Świtalski: *Ventrofixatio uteri. Przegl. lek.* 1894. Nr. 38—40.

4. Wolnych 6
Przyrosłych 5
(wśródwięzadłowych tu nie uwzględniamy).
5. Skręcenie szypuły 1

Historye chorób naszych przypadków przedstawiają się jak następuje:

L. p. 2. Z. Z., lat 36, zamężna, z Gruszowa. *Cystoma ovarii dextri. Prolapsus uteri completus.* Leczenie: *Ovariotomia et ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Rodziła 9 razy; porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród odbył się przed 16 tu miesiącami. Karmiła przez 9 miesięcy do Marca b. r. W Lutym 1893. dostrzegła powiększanie się brzucha. Obecnie w skutek znacznego powiększenia brzucha doznaje przeszkody przy chodzeniu a czasem i duszności. Od kilku miesięcy zauważyła obniżanie się macicy. Często miewa parcie na stolec.

Stan obecny: Brzuch wypuklony tak wzdłuż jak i w szerz. Powłoki brzuszne mocno napięte. W brzuchu można wybadać guz o powierzchni nierównej, sięgający na 3 palce ponad pępek. Konsystencya jest niejednostajna; w niektórych miejscach guz jest twardy, zresztą elastyczny, okazujący wyraźne chełbotanie. Odgłos wypukowy nad guzem i w okolicach lędźwiowych stłumiony, za ułożeniem na odpowiedni bok w tem ostatniem miejscu jawniejszy. Badanie przez pochwę wykazuje pochwę źle przyczepiona do sąsiedztwa, przy parciu wysuwającą się wraz z macicą na zewnątrz szpary sromnej. Macica prawidłowej wielkości. Od prawego rogu macicy można dokładnie wybadać idącą do guza szypułę. Dnia 31. Października przystąpiono do odcięcia guza. Po otwarciu powłok brzusznych wylało się dosyć dużo płynu wolnego, bursztynowo zabarwionego. Guz sam wielkości głowy dorosłego człowieka o powierzchni nierównej, guzowatej, nie okazuje żadnych zrostów z otoczeniem i jest połączony za pomocą szypuły krótkiej, szerokiej. Po rozszerzeniu cięcia brzusznego wytoczono guz na zewnątrz jamy brzusznej, podwiązano w dwu piętrach szypułę, przecięto i zapuszczono do jamy brzusznej. Potem dokonano przyszycia macicy do powłok brzusznych metodą Czernego, z modyfikacyą Terriera.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Dnia 8. Listopada wyjęto szwy, rana na całej powierzchni zgoiła się doraźnie.

Dnia 6. Grudnia chora opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby zakaźne.

W. Reiss (w Krakowie): **O zmianach we krwi w przebiegu kiły ze względu na terapią.**

Autor ogłasza w pracy niniejszej wyniki swych badań nad krwią u 100 chorych, kiłą dotkniętych w rozmaitych stadyach choroby ze szczególnem uwzględnieniem zmian występujących w ilości składników morfologicznych po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego. Ciałka krwi obliczano przyrządem Thoma-Zeissa, procent zaś hemoglobiny przyrządem Goversa. Podług powyższych badań autora pewne zmiany w ilości składników morfologicznych spostrzegać się już dają zaraz po utworzeniu się wrzodu twardego i to w tym czasie, kiedy gruczoły limfatyczne najbliżej usadowione zmian charakterystycznych jeszcze nie okazują. Już w tem stadyum choroby znaleść można zmniejszenie się ilości ciałek krwi czerwonych, które utrzymuje się w tym samym stopniu aż do czasu osutki, przyczem nadmienić należy, że utworzenie się dymienicy właściwej nie wywiera na jednostajność w zmniejszaniu się ilości ciałek czerwonych żadnego wpływu. Od chwili wystąpienia osutki kiłowej zmniejsza się ilość ciałek czerwonych w stosunku do czasu drugiej inkubacyi daleko szybciej, co jeszcze nawet w jakiś czas po zastosowaniu leczenia rtęciowego spostrzegać się daje. Ilość białych ciałek krwi nie przedstawia w okresie pierwszego wylęgania choroby zmian żadnych; mamy do czynienia tylko ze względną leukocytozą, o ile ilość ciałek czerwonych uległa w okresie tym zmniejszeniu się. Bezwzględna leukocytoza występuje dopiero od czasu porupcyi kiłowej, postępując jednostajnie aż do rozpoczęcia leczenia przeciwkiłowego. Przy powstawaniu leukocytozy dostrzegł autor, że przedewszystkiem zwiększa się ilość jednoziarnistych leukocytów, gdy leukocyty wieloziarniste nieco się tylko pomnożyły. Pod wpływem środków swoistych występuje zrazu (mniej więcej przez pierwszy tydzień leczenia) w dalszym ciągu zmniejszanie się ilości komórek czerwonych; w miarę jednak systematycznego stosowania merkuryalizacyi organizmu ilość ciałek czerwonych zwiększa się coraz to bardziej tak, że z końcem leczenia większą jest z reguły, aniżeli przed wystąpieniem osutki. Ilość ciałek białych zmniejsza się pod wpływem rtęci wybitnie i to zaraz po rozpoczęciu leczenia; pod koniec leczenia ilość ich zbliża się prawie zupełnie do normy. I tu widzimy przedewszystkiem zmniejszenie się ilości limfocytów, komórki wieloziarniste zaś w bardzo małym stopniu ulegają zmianie ilościowej. Wpływ leczenia swoistego na ilość hemoglobiny jest bardzo znaczny; ilość jej wzrasta z dnia na dzień tak, że z końcem leczenia znajdujemy zazwyczaj 20% wzrostu w stosunku do czasu drugiej inkubacyi. Przedłużenie leczenia po nad pewną miarę nie jest w stanie już więcej powiększyć ilości hemoglobiny; przeciwnie czasami zauważono, że w miarę coraz to w większych dawek rtęci odsetka hemoglobiny zaczyna się znowu obniżać. Zmniejszanie się ilości hemoglobiny w przebiegu kiły spostrzegać się daje już w pierwszym tygodniu po wystąpieniu stwardnienia; postępuje ono w dalszym ciągu choroby ciągle jednostajnie, nie okazując żadnych oscylacyj nawet w czasie wystąpienia osutki. Co do zachowania się hemoglobiny po zakończeniu leczenia, po kilku tygodniach lub miesiącach, brakuje autorowi spostrzeżeń w tej mierze a to z powodu, ponieważ chorzy opuściwszy raz klinikę zazwyczaj albo się już nie pokazują więcej, albo przychodzą napowrót dotknięci zmianami następowymi.

Chorych leczono wstrzykiwaniami podskórnymi sublimatu od 0·01 do 0·02 na dzień i dawkę.

W przypadkach kiły złośliwej i w ogóle w przypadkach, gdzie zachodziła *indicatio vitalis*, wcierano szaruchę od $2^1/_2$ do 4 grm. dziennie. W przypadkach wymagających leczenia jodem, zadawano dziennie po 2 do 3 łyżki stołowe 5% roztworu jodku sodu. Wnioski:

1) Ilość czerwonych ciałek zmniejsza się już w okresie kiły pierwszorzędnej. W okresie osutkowym zmniejszenie to staje się znaczniejszem i trwa jeszcze czas jakiś po zadaniu środka swoistego.

2) Ilość bezwzględna ciałek białych nie ulega zmianie w czasie kiły pierwszorzędnej; mamy zatem w tym okresie do czynienia ze względną leukocytozą. W okresie osutkowym ilość leukocytów wzmaga się jednostajnie.

3) Z ciałek białych ulegają pomnożeniu prawie wyłącznie komórki jednojądrzaste (limfocyty).

4) Zmniejszanie się hemoglobiny spostrzegać się daje już w pierwszym tygodniu kiły pierwszorzędnej i postępuje jednostajnie naprzód. Pojawienie się osutki nie wywiera w tym względzie żadnego wpływu.

5) Podczas leczenia rtęciowego powiększa się ilość ciałek czerwonych zwolna, ale ustawicznie tak, że pod koniec leczenia dostatecznego ilość ich jest większa, aniżeli przed wystąpieniem osutki.

6) Ilość leukocytów zmniejsza się podczas leczenia rtęciowego ustawicznie od samego początku choroby; pod koniec zaś leczenia schodzi do prawidła.

7) Zmniejszanie się białych ciałek pod wpływem leczenia rtęciowego tyczy się prawie wyłącznie limfocytów.

8) Ilość hemoglobiny rośnie pod wpływem rtęci od samego początku jej zastosowania, dochodząc po jakimś czasie do normy. Po za pewną granicą przedłużenie leczenia nie zdoła już więcej powiększyć procentu hemoglobiny.

9) Stosunek ilości ciałek czerwonych do białych ulega we wszystkich okresach chorobowych jak i podczas leczenia rtęciowego najrozmaitszym zmianom.

10) Na płytki Bizozerra nie wywiera sprawa kiłowa żadnego wpływu.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Tom XXXII. Zeszyt 2).

F i ł a t o w prof., K u t k o w i N i e w i c ż i n: **Pierwszych 100 przypadków błonicy, leczonych surowicą w moskiewskiej klinice dziecięcej.**

Autorowie zdają sprawę li tylko z tych przypadków, w których wykryto prątki Lofflera. W klinice chorzy pozostawali w tych samych stosunkach, co i dawniej; także stosowano takie same, jak i dawniej miejscowe leczenie (pomazywanie połyku 1% roztworem kwaśnym sublimatu, oczyszczanie jamy ustnej za pomocą płukania lub przestrzykiwania). Ostatecznie jak ogólne wrażenie, tak i dane statystyczne przekonały autorów, że pod wpływem surowicy nie tylko przebieg choroby skraca się, ale i znacznie zmniejsza się procent śmiertelności nawet w ciężkich przypadkach (nieraz wyzdrawiają chorzy z naciekiem szyi, sięgającym obojczyka).

Dawniejsze doświadczenie nauczyło uważać błonicę za chorobę postępującą bez względu na zabiegi lecznicze; nieraz przypadki na pozór lekkie lub dostarczone na pierwszy dzień choroby w klinice pogarszały się znacznie, wikłały z dławcem i kończyły śmiertelnie. W latach 1891. do 1895. w moskiewskiej klinice z całej liczby dławców nabyto ich w klinice 18%; także 27% nacieków szyi. Z liczby chorych, na 1-szy dzień choroby dostarczonych do kliniki umierało 60%. Od czasu zaś leczenia surowicą l e k k i e p r z y p a d k i z a w s z e p o z o s t a w a ł y l e k k i e m i i p r ę d k o w y z d r a w i a ł y; a n i r a z u n i e w i d z i a n o w k l i n i c e r o z w i n i ę c i a s i ę d ł a w c a, dwa razy tylko widziano rozwinięcie się nacieku na szyi i to w ciężkich przypadkach, które jednak zakończyły się pomyślnie, a ponieważ błonica rzadko przybiera złośliwy charakter w 1-szym i 2-gim dniu, więc, j e ż e l i l e c z e n i e s u r o w i c ą z a c z y n a s i ę n a 1-s z y l u b 2-g i d z i e ń, t o c h o r o b a z w y k l e s i ę p r z e r y w a; to samo tyczy się przebiegu dławca: j e ż e l i i n j e k c y ę s u r o w i c y z a s t o s o w a n o p r z y p i e r w s z y c h o b j a w a c h z a p a l e n i a k r t a n i, t o r z a d k o k i e d y r o z w i j a s i ę z w ę ż e n i e d ł a w c o w e k r t a n i; dla tego to obecnie często obserwujemy w błonicy lekkie zapalenie krtani, co pierwej było wprost rzadkością. Że procent śmiertelności się zmniejszył, dowodzą tego następujące liczby: od 1. do 11. Października (surowicą nie leczono), z 15 chorych umarło 5. Od 12. do 23 t. m. (stósowano surowicę tylko w ciężkich przypadkach), było 10 chorych, wszyscy wyzdrowieli; od 23. Października do 1. Stycznia (surowicy nie było) z 72 chorych umarło 36; od 2. Stycznia do Maja (stósowano surowicę) z 90 chorych umarło 19%. Podobne cyfry były i w szpitalu Fryderyka w Berlinie; Virchow podaje następującą tablicę:

Czerwiec, Lipiec (stósow. surowicę)	z 82	chor.	umarło	12·2%
Sierp., Wrzesień (bez surowicy)	z 103	„	„	53·4%
Paźdz., Listopad (stósow. surow.)	z 124	„	„	11·3%

Obecnie u autora ze 100 przyp. umarło 19 (z nich na 1-szy dzień po wstąpieniu do kliniki 6); za przeszłe zaś 4 lata % śmiertelności był następujący: 38·9%, 40%, 36·4%, i 55·9%, średnio 47%, a wykluczywszy 46 chorych, którzy umarli w ciągu pierwszych 36 godzin, otrzymamy 37·4%; obecnie więc śmiertelność zmniejszyła się więcej, niż 2½ razy; epidemia zaś tegoroczna nie lżejsza od dawniejszych: ciężkich przypadków z naciekiem na szyi było 35%, dawniej tylko 21%, dławca było trochę mniej: 25%, dawniej 28%.

Ze 100 przypadków mieliśmy 37 ciężkich (z naciekiem), 15 średnich, 23 lekkich i 25 dławców. Z lekkich i średnich nie umarł żaden (dawniej 2% i 4%); z 37 ciężkich umarło 12, t. j. 32·5% (dawniej 90.8%) i to 5 umarło po 20 godzinach. Z 25 dławców umarło 7, t. j. 28% (dawniej 60·9%). Bez operacyi wyzdrowiało 15, czyli 60% (dawniej tylko 28·4%). Według wieku śmiertelność przedstawiała się następująco:

do 1 roku	2	chor.	um.	0%,	dawniej	umierało	77·8%
1—5 lat	42	„	„	35·7%,	„	„	57·6%
5—10 „	31	„	„	9·7%,	„	„	38·8%
starszych	25	„	„	4%,	„	„	21·6%

Dalej tablica wstępowania chorych według dni choroby (oczywiście przypuszczalnie):

przybyło	w	1.	dniu	choroby	13,	um.	0,	dawniej	60%
„	„	2.	„	„	35,	„	8·5%,	„	41·8%
„	„	3.	„	„	20,	„	25%,	„	60·3%
„	„	4.	„	„	16,	„	19%,	„	51·7%
„	po	4.	„	„	16,	„	50%,	„	32%

Obecnie więc można powiedzieć, że czem świeższy przypadek, tem więcej szansy wyzdrowienia, czego pierwej nie było.

Pod względem bakteryologicznym przypadki tak się przedstawiały:

czystych przypadków (tylko prątki)	30	umarło	0
prątki, koki, gronkowce	19	„	10%
„ „ paciorkowce	43	„	28%

Wpływ na naloty: w lekkich i średnich przypadkach, po pierwszem wstrzyknięciu wypocina przestaje się szerzyć, w ciężkich na 2-gi dzień. Znikają naloty w lekkich przypadkach na 6—7 dzień (dawniej 9—10 dzień), w średnich 8—9 dn. (dawniej 12—14 dn.), w ciężkich 10—11 (dawniej 15—16 dzień).

Również korzystny wpływ wywiera surowica na błonicze zapalenie nosa i krtani a także na naciek szyi; na ogólny stan wpływ nader wybitny; już na drugi dzień dziecko staje się weselsze, prosi o jedzenie; tylko w przypadkach, śmiertelnie się kończących, stan ogólny pozostaje bez zmiany. Temperatura i tętno pod wpływem surowicy prędko schodzą do prawidła lub nawet poniżej. Białkomocz rozwijał się rzadziej, niż dawniej (16%, dawniej 20·5%) i znacznie później, na 11—12 dzień (dawniej na 7—8 dz.); obserwowano kilka bardzo ciężkich przypadków błonicy bez białkomoczu (czego dawniej nigdy nie widziano); ilość białka i utrzymywanie się białkomoczu 2—10 dni (jak i dawniej).

Injekcya surowicy sprawia ból, który od 10 grm. znika po 8—12 godzinach, od 20 grm. po 24—48 godzinach.

U 9 chorych rozwinęły się pokrzywka a u 10 rumień *(erythema)*. Pokrzywkę widziano tylko po dawkach dużych (40—90 grm.). Osutki te złego wpływu na przebieg nie mają.

U 3 chorych obserwowano znaczne bóle w kończynach równocześnie ze stanem gorączkowym.

Największa dawka surowicy wynosiła 90 grm. W ciężkich przypadkach wstrzykiwano 2—6 tysięcy jednostek antytoksyny, w dławcach 1½—4½ tys., w średnich 1—2½ tys. a w lekkich 600—2000 ant. *(Medicinskoje Obozrienije* Nr. 13. 1895 r.).

T. Makowski.

Choroby wewnętrzne.

Cynk w niedokrewności.

W ciągu ostatniego roku szeregiem doświadczeń wykonanych w klinice król. Uniwersytetu w Palermo wykazano skuteczność miedzi w niedokrewności *(Archivio di Farmacologia e Therapeutica.* Tom III., Z. 5. 1895). W bieżącym roku robiono znów doświadczenia z cynkiem. Używano siarkanu cynkowego w dawkach od 0·01—0·06 dwa razy dziennie w czasie jedzenia. W ciągu stósowania tego środka nie używano innych leków a dyeta była taka jak przedtem.

Przy używaniu siarkanu cynkowego zaraz od pierwszego dnia wzmagała się ilość hemoglobiny we krwi, aż dosięgła pewnego *maximum*, na którem się potem stale utrzymywała.

Z doświadczeń, zdaje się, wynika, że cynk może skutecznie zastąpić żelazo nie tylko w błednicy, ale i w niedokrewności następowej.

Przetwory cynku nigdy nie dały powodu do żadnych zaburzeń żołądkowych lub kiszkowych tak, że w wielu razach zasługują na pierwszeństwo przed środkami żelezistymi. Prócz wzmożenia się hemoglobinu we krwi, jak się z góry spodziewać było można, stwierdzono przybytek na wadze i poprawę zdrowia ogólnego tak, że lek ten pod każdym względem zastępuje żelazo.

Te wyniki spostrzeżeń są tem ciekawsze, iż po doświadczeniach na zwierzętach podobnych skutków soli cynkowych nie można się było spodziewać. (*University medical Magazine.* Tom VII. 12. Września 1895). *P. A.*

Psychiatrya.

Näcke: Wyskok w zakładach dla obłąkanych.

Opierając się na wielkiem doświadczeniu, twierdzi autor, że w przewlekłych chorobach umysłowych, nawet w porażeniu postępowem, epilepsyi i u chorych niespokojnych mierne ilości lekkiego (ciemnego) piwa wcale nie szkodzą. Nie widział też autor powiększenia się podniecenia u chorych po festynach urządzanych w zakładach dla obłąkanych i podawaniu im przy tej sposobności wina i piwa. Inaczej rzecz się ma w przypadkach ostrych; tu trzeba stósować się do każdego z osobna przypadku. Piwo w zakładach dla obłąkanych powinno być z jednej strony pożywką, z drugiej nagrodą za dobre zachowywanie się. W prostej bezsenności działa piwo mocne, wypite prędko, w znacznej ilości, nieraz bardzo dobrze. Również nadaje się piwo niekiedy do zadawania leków n. p. hioscyny. W praktyce prywatnej, gdzie lekarz nie ma nad chorymi żadnej kontroli, najlepiej w chorobach umysłowych i padaczce (*epilepsia*) nie pozwalać całkiem na używanie napojów wyskokowych. (*Der Irrenfreund* Nr. 3. i 4. 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

119. J. Comby: Największe dawki niektórych dzielnych (*actifs*) leków dla dzieci (ze szpitala Trousseau w Paryżu). Przedewszystkiem należy wiedzieć, że dzieci znoszą lepiej i wydzielają rychlej zażyte przez siebie leki, niż dorośli. Jeżeli się unika dawek zawielkich ze względu na układ nerwowy i leków ze względu na żołądek niedostatecznie roztworzonych, można dzieciom zadawać nawet ilości zadziwiające, jeżeli weźmie się pod uwagę ich wiek i ciężar ciała.

Autor jest zdania, że u dzieci można stósować bez szkody dla ich zdrowia dawki duże, byle podzielone i roztworzone.

Stosownie do tych zasad podaje autor dzienne dawki największe dwunastu leków najwięcej znanych i używanych.

I. Makowiec (*opium*) jestto lek, którego się powszechnie obawiają u małych dzieci, osobliwie nie mających jeszcze dwóch lat. Biorąc za podstawę dobry makowiec surowy, zawierający 10% morfiny, można go przepisywać zarobiony z mlekiem, wodą ocukrzoną, z syropem jakimkolwiek w następujących ilościach:

Proszek Dowera, zawierający według nowej farmakopei francuskiej $^1/_{10}$ makowca, można dawać dziennie w ilości największej 5 centygramów na rok dziecka, podzielonych na 5 części. Według tego n. p. dziecko roczne może dostać po centygramie co 2 godziny, dziecko 5-cio letnie po 5 centygramów również co 2 godziny. Tak małe zadając na raz ilości można zatrzymać się na czas, jeżeli wystąpią pewne skutki fizyologiczne, jak senność, zwężenie źrenicy i t. d.

Powyżej 10-ciu lat można dzieciom zadawać makowiec w ilości mniej więcej podobnej jak dorosłym.

Morfinę można zadawać tylko w drugiem dzieciństwie podskórnie w ilości nie przekraczającej 2 do 3 miligramów.

Wszystkie te dawki obliczone są na początek; przyzwyczajenie się do nich pozwala je powiększyć.

II. Tojad (*aconitum*). Z wyjątkiem krystalicznej akonityny znoszą dzieci bardzo dobrze, nieraz nawet w dawkach dużych substancye wyciągnięte z korzenia tojadu mordownika (*aconitum napellus*).

Najpowszechniej używanym przetworem jest namok wyskokowy, otrzymany przez długie moczenie korzeni w równej co do wagi ilości wyskoku 90°. Z tego przetworu można zadawać dziennie podzielonych na dawki co 2 godziny 10 kropel w stósunku wieku dziecka, dochodząc w ten sposób do 100 kropel dziennie u dziecka 10-letniego. Zmięszanie z nastojem pokrzyku wilczej jagody (*tinctura belladonnae*) zwiększa zdolność znoszenia tojadu i potęguje jego działanie.

III. Pokrzyk wilcza jagoda (*atropa belladonna*). Dzieci znoszą dobrze przetwory tej rośliny, do których należy także, jak wiadomo, atropina.

Extractum belladonnae zadaje się za pośrednictwem czy jamy ustnej czy odbytnicy (w postaci czopków) w stósunku centygrama na 24 godzin i 2 lata wieku. Tak n. p. dziecku 6 letniemu można zadać po 3 centygramy dziennie.

Płynny wyciąg amerykański jako mocniejszy zadawać trzeba w ilości mniejszej.

Tinctura belladonnae zadaje się w drobnych dawkach w stósunku 5 kropel dziennie na rok życia (więc n. p. dziecku 5-letniemu po 25 kropel dziennie), bacząc na działanie jak rozszerzenie źrenic, nabrzmienie policzków, suchość w gardle i t. d.

Z rozczynu siarkanu obojętnego atropiny, zawierającego centygram atropiny na 10 gramów wody daje się po 5 kropel w stósunku na rok dziecka. Dwadzieścia kropel tego rozczynu odpowiada miligramowi siarkanu atropiny.

IV. Naparstnica (*digitalis*). Dygitaliny krystalicznej, jako środka gwałtownie działającego, u dzieci używać nie można. Proszek z liści sam lub zarobiony z ulepkiem (syropem) można zadawać w ilości największej 2 centygramów dziennie na rok dziecka, bacząc, by ze względu na działanie zbiorowe nie dawać naparstnicy dłużej, niż przez 5 do 6 dni po sobie.

Jeżeli zamiast proszku używa się naparu (*infusum*) lub odwaru (*decoctum*), należy się trzymać tych samych dawek, podwajając je jedynie w razach nagłej potrzeby.

Tinctura digitalis, przetwór niepewny, zadaje się po 4 krople na dzień i rok dziecka.

Oczywiście, im więcej naraz przepisuje się naparstnicy, tem krócej można ją zażywać.

V. Kofeina. Jestto lek zastępujący pod wieloma względami naparstnicę, mniej jednak niebezpieczny, rychlej od niej działający i prędzej z ustroju wychodzący. Kofeinę dzieci znoszą bardzo dobrze.

W pierwszem dzieciństwie najlepiej wstrzykiwać kofeinę podskórnie. Dawka dzienna największa 20 centygramów na rok wieku dziecka, rozdzielona na dwa lub trzy razy.

VI. Chinina. Można ją dawać wewnętrznie przez jamę ustną, łagodząc jej gorycz za pomocą wyciągu lukrecyowego. Największa dawka dzienna od 15 do 25 centygramów w stósunku roku dziecka. Gdzie chodzi o skutek rychły, wskazane są naraz duże dawki.

U dziecka 4. lub 5-letniego potrzeba do obniżenia temperatury 60 do 80 centygramów wodochlorku chininy, podzielonych na dwie dawki do siebie zbliżone.

Do podskórnych wstrzykiwań potrzeba od 20 do 50 centygramów na raz (najlepiej dwuwodochlorku chininy, *chininum bimuriaticum*).

VII. Antypiryna jest środkiem często jeszcze pewniejszym od chininy na obniżenie gorączki. Dawka dzienna od 15 do 50 centygramów na rok dziecka, zbytecznie nie rozdrobniona. Dzieciom od 5 do 10 lat przepisuje autor po gramie trzy razy dziennie.

Antypiryna jest w ogóle środkiem nie bardzo pewnym, ale dla dzieci nieszkodliwym.

VIII. Kwas salicylowy i jego sole. Zazwyczaj używa się salicylanu sodowego w ilości od 1 do 6 gramów dziennie stósownie do wieku dziecięcia, podzielonych na dawki co 2 godziny.

IX. Kulczyba wronie oko (*nux vomica*) i strychnina. Proszek kulczyby wroniego oka w połączeniu z alkaliami jest skuteczny w leniwem trawieniu; dawka: centygram na każde dwa lata dziecka.

Ażeby uniknąć działania zbiorowego, nie trzeba dawać wymienionego środka dłużej, niż przez 10 dni z rzędu.

Siarkan strychniny zadaje się w pigułkach zawierających po miligramie tego środka w ilości dziennej od 2 do 4 miligramów u dzieci w drugiem dzieciństwie.

X. Rtęć. Tam, gdzie jest rtęć wskazana, nie powinno się jej szczędzić nawet u noworodków i osesków.

Liquor van Swieteni przepisuje się po 10 kropel 3 razy dziennie w pierwszym miesiącu życia, po 20 kropel w drugim, po 30 kropel w trzecim. Powyżej roku można dawać po 4 i 5 gramów dziennie z mlekiem.

Do wcierań, 1 do 2 dziennie potrzeba bez względu na wiek 2 gramów szaruchy.

Do kąpieli sublimatowych potrzeba dla bardzo małych dzieci po 2 a dla starszych po 4 gramy sublimatu.

Kalomel jest dla dzieci znakomitym środkiem przeczyszczającym, dla jelit przeciwgnilnym i pędzi żółć. Dawka dzienna 5 centygramów na rok dziecka.

Przeciw czerwiom (*helminthes*) bardzo skutecznem jest połączenie kalomelu z nasieniem glistnika (*semen contra*), z santoniną, paprocią.

XI. Jod i jodki. Jodek potasu i jodek sodu znoszą dzieci zazwyczaj bardzo dobrze, bez objawów na skórze i błonach śluzowych. Dawka dzienna 20 centygramów na rok dziecka w kile; w innych chorobach, jak dychawicy, zołzach, przewlekłym gośćcu należy zadawać jodek potasu w ilości małej (po 5 centygramów dziennie na rok dziecka), ale przez czas długi.

XII. Bromki, mianowicie bromek potasu i bromek potasu znoszą dzieci równie dobrze, jak jodki i przepisuje się je też w równej ilości. W ciężkich przypadkach padaczki, w *laryngismus stridulus* można dojść do grama na dzień i na rok życia dziecka. (*La Médecine moderne*. 21. Września 1895).

120. A. Robin: Leczenie bólów nerwowych w przebiegu moczówki cukrowej. Do czasowego poskramiania tych bólów zaleca autor zażywać podczas napadu po proszku następującego składu: *Antipyryni, ammonii bromati aa 0·50, cocaini muriatici centigrma unum, cofeini valerianici centigrmta duo.* (*La Semaine medicale*. 25. Września 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Października 1895 r.

†

Ludwik Pasteur zmarł w dniu 28. z. m. w 73. roku życia w Garges pod Paryżem. Nekrolog podamy w przyszłym numerze.

— W odbytym w dniu 30. z. m. wyborze posłów do Sejmu krajowego wyszedł z urny wyborczej jako poseł miasta Krakowa (jeden z trzech) Dr. Henryk Jordan, prof. Uniw. Jagiell.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, prof. Dr. Walentowicz i redaktor *Przeglądu lekarskiego*, prof. Dr. Domański wysłali telegramy kondolencyjne wdowie po ś. p. Pasteurze, który był członkiem honorowym Tow. lek. krakowskiego.

— Otrzymujemy następujące pismo: Mając sobie powierzonem zestawienie wykazu lekarzy w Krakowie zamieszkałych, proszę pp. Kolegów, którzy w roku bieżącym osiedli w Krakowie lub zmienili mieszkanie, o łaskawe podanie mi swoich dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych (za pomocą karty korespondencyjnej).

Kraków 1. Października 1895. *Dr. Schaitter.*
ulica Grodzka l. 62.

— Cholera w Tarnopolu i okolicy trzyma się ciągle w mierze dzięki nadzwyczajnej energii i sprężystości władz lekarskich i administracyjnych. Jeden lub dwa przypadki dziennie (a nieraz nie ma ani jednego) na miasto liczące prawie 28.000 ludności, nie mające ani kanalizacyi ani wodociągów jest liczbą tak małą, iż cholera tamtejsza nie zasługuje bynajmniej nawet na nazwę epidemii. Przy tej sposobności niech nam będzie wolno oświadczyć, iż zdanie przez niektórych kolegów otwarcie wypowiadane, że lekkość tegorocznej epidemii w Galicyi pochodzi jakoby od słabego także *genius epidemicus* jest mylne, uczy bowiem doświadczenie, iż teraźniejsza epidemia cholery, która w roku 1892. nawiedziła poraz pierwszy środkową Europę, występuje wszędzie bardzo gwałtownie i mnóstwo pochłania ofiar, gdzie władze sanitarne nie rozwijają lub rozwinąć nie mogą należytej energii i gdzie ciemnota lub apatya ludności paraliżuje najlepsze ich chęci.

— Stan sanitarny Warszawy w ubiegłych co właśnie miesiącach letnich nie był wcale pomyślny. Śmiertelność wynosząca w Lipcu koło 28‰ a w Sierpniu i Wrześniu 29% była wprawdzie znacznie mniejsza od śmiertelności w odpowiednich miesiącach roku zeszłego (32 do 39‰, był to jednak rok cholery), ale większa niż śmiertelność w miesiącach poprzedzających r. b. Z chorób zakaźnych najczęstszą była czerwonka (*dysenteria*) o ciężkim przebiegu i znacznej śmiertelności a po niej płonica, błonica i odra. Było również dużo przypadków krztuśca i zapalenia płuc dławcowego, mało zaś duru brzusznego i ospy.

— Sąd Rzeszy niemieckiej zajmował się przed niedawnym czasem przypadkiem dowodzącym niebezpieczeństwa wolnej sprzedaży pastylek sublimatowych. Pewien młody człowiek dowiedziawszy się, iż pastylki sublimatowe mają być dobrym środkiem zapobiegającym chorobom wenerycznym, wprowadził taką pastylkę, zwilżoną tylko wodą *ante coitum in vaginam* podejrzanej co do zdrowia kobiety. Wkrótce wystąpiły u niej w pochwie i macicy gwałtowne bóle, które skłoniły ją do udania się do szpitala, gdzie niebawem umarła. Sekcya wykazała ostre otrucie rtęcią. Sąd Rzeszy skazał w ostatniej instancyi nietylko owego młodego człowieka, który w wymieniony sposób użył pastylki sublimatowej, ale i właściciela składu materyałów aptecznych, który ową pastylkę sprzedał bez recepty lekarskiej, na 5 miesięcy więzienia.

— Już nieraz podczas epidemii influency spostrzegano powiększenie się liczby przypadków chorób umysłowych i samobójstw. Toż samo się stało w Kwietniu r. b. podczas epidemii influency w Paryżu, gdzie dzienna średnia samobójstw, wynosząca dla Kwietnia 21. doszła do 39 a zatem prawie się podwoiła. Ze samobójców przypada 78% na mężczyzn a 22% na kobiety.

— W dniu 16. Sierpnia r. b. zdał Dr. Simpson Towarzystwu lekarskiemu w Kalkucie sprawę ze szczepienia cholery sposobem Haffkina, o którem wspominaliśmy już dawniej w *Przeglądzie lekarskim*. Postrzeżenia Dra Simpsona odnoszą się do 4397 osób a dowodem szczególniejszym skuteczności tego szczepienia ma być następująca okoliczność: W 36 domach w Kalkucie, znajdujących się w dzielnicy osobliwie przez cholerę nawiedzanej, mieszkało osób 521, z których szczepiono 181, nie szczepiono zaś 340. Z 340 nieszczepionych zachorowało na cholerę 45 a umarło 35, z 181 zaś szczepionych zachorowało 4 i wszyscy pomarli. Z tych 4 osób zmarłych jedno było dzieckiem, któremu tylko zrobiono jedno wstrzyknięcie (z reguły robi się ich dwa), 3 zaś osoby zmarły w trzech pierwszych dniach po szczepieniu. Dr. Simpson wnosi ze swych spostrzeżeń, że w 5 do 8 dni po szczepieniu niebezpieczeństwo zachorowania na cholerę jest 20 razy a niebezpieczeństwo śmierci 18 razy mniejsze dla szczepionych, niż dla nieszczepionych. Rzecz ta jednak nie jest jeszcze całkiem pewna, gdyż w niektórych miejscach, jak n. p. w Luknowie, procent zachorowania u szczepionych (13·53) i nieszczepionych (18·75) był prawie jednaki.

— Istniejący od lat 30 w Wiedniu zakład prywatny leczniczy Dra Albina Edera przeszedł na własność Dra Juliusza Furtha, który otrzymał już od Namiestnictwa dolno-austryackiego koncesyą na prowadzenie zakładu. Zakład ten umieszczony w dwóch nowych budynkach, z wzorowo urządzonemi salami operacyjnemi, prowadzić będzie nowy właściciel stósownie do postępu czasu i nauki.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 39. Rydygier: Przyczynek do techniki wycięcia odźwiernika. H. Gotard: Trzy przypadki zgorzeli kończyn u młodych ludzi. H. Strauss i F. Białokur: O zależności fermentacyi mlecznej w soku żołądkowym od zawartości kwasu solnego (dok.). — W *Medycynie* Nrze 39. J. Gromadzki: Dwa

przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (*extirpatio uteri totalis per laparotomiam*) (dok.). W. Palmirski i W. Orłowski: Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą (dok.). — *Przewodnik higieniczny* z Września nie zawiera żadnej pracy oryginalnej.

Już po zamknięciu niniejszego numeru otrzymujemy wiadomość, iż w dniu 2. b. m. po długich i ciężkich cierpieniach zgasł w Krakowie w 77. roku życia Dr. **Józef Oettinger**, b. profesor historyi medycyny w Uniw. Jagiell., b. redaktor *Przeglądu lek.*, mąż wielorako nauce, krajowi i miastu zasłużony.

Na tem dziś kończymy, zostawiając do jednego z najbliższych numerów naszego pisma podanie szczegółów z życia i działania Zmarłego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 9. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Obaliński przedstawi chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, poczem będzie mówił kol. Słapa: *O zachowaniu się prątka błoniczego w przypadkach błonicy leczonych surowicą swoistą.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 12. Października 1895 r. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 3. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Street.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

†

LUDWIK PASTEUR.

Wiedza przyrodnicza w ciągu ostatniego roku ciężkie ponosi straty. Helmholtz, Huxley, Ludwig, Hoppe-Seyler w krótkich odstępach czasu, jeden po drugim z widowni nauki schodzą do grobu. Przed tygodniem znów, telegraf rozniósł po świecie wieść o śmierci najwybitniejszego z przedstawicieli współczesnej biologii, **Pasteura**. Nazwisko genialnego badacza znanem jest we wszystkich zakątkach cywilizowanego świata, z wyników jego badań korzystają całe gałęzie przemysłu, odkrycia jego błogosławią tysiące i miliony ludzi. Udział, jaki świat cały wziął w uroczystym obchodzie 70-letniej rocznicy urodzin **Pasteura** przed trzema laty w Paryżu, stanowił wymowny dowód wdzięczności i hołdu ludzkości dla tego geniusza nauki.

Ludwik Pasteur urodził się 27. Grudnia 1822. roku w Dôle, departamentu Jura. Po ukończeniu studyów pracował przy katedrach fizyki i chemii w szkole normalnej, poczem dostał profesurę fizyki w liceum w Dijon, zkąd w r. 1850. powołano go na katedrę chemii do Sztrasburga. W kilka lat później został mianowany dziekanem wydziału nauk przyrodniczych w Lille, wreszcie w r. 1863. otrzymał katedrę geologii, fizyki i chemii w Sorbonnie, na której pracował czas długi. W roku 1888. otwarty został zakład jego imienia *(Institut Pasteur)*, wybudowany dlań przez państwo do badań naukowych w różnych gałęziach biologii doświadczalnej, który stał się wzorem dla podobnych zakładów w innych krajach i ogniskiem przyciągającem pracowników z obydwóch półkul świata.

Pierwsze wybitniejsze prace **Pasteura** dotyczyły badań nad zmianami molekularnemi w minerałach, z zakresu zaś chemii do tego okresu czasu należą badania nad własnościami optycznemi niektórych kwasów organicznych; lecz właściwie głośnemi stały się dopiero prace jego o Fermentacyi wyskokowej (1857), stanowiące wraz z ogłoszonemi w parę lat później badaniami nad samorództwem *(generatio spontanea)* (1860) epokowe zdobycze w biologii, które stały się podstawą stworzonego przezeń, dziś już olbrzymiego gmachu nauki

o drobnoustrojach. Szeregiem nie ulegających wątpliwości dowodów obalił ostatecznie teoryę samorództwa i wykazał, że każda sprawa fermentacyi jest następstwem działalności życiowej pewnych postaci istot mikroskopijnych, bez których sprawa taka jest bezwzględnie niemożliwa.

Jako umysł ściśle pozytywny i ogarniający szeroki widnokrąg wiedzy, starał się **Pasteur** przenieść zdobycze naukowe teoretyczne na pole zastósowań praktycznych. Ztąd też widzimy w roku 1865. pracę o Chorobach wina i piwa, w której zawarte poglądy stanowią wytyczna w tych ważnych gałęziach przemysłu a nadto jako oddzielna metoda (pasteryzacya) mają bardzo ważne znaczenie w dziedzinie higieny i medycyny praktycznej.

Następne lata poświęca wielki badacz studyom nad tymi najdrobniejszemi ustrojami, do tego czasu prawie nieznanymi światu naukowemu. Oprócz drobnoustrojów fermentacyjnych, których morfologię i biologię zbadał dokładnie, zajmują go nowe postacie drobnoustrojowe, mające znaczenie jeszcze donioślejsze, postacie chorobotwórcze. Wykryty przez niego pasorzyt jedwabników stanowi treść obszernej monografii *(Maladies des vers à soie. 1868)*, mającej wielkie znaczenie w przemyśle jedwabnictwa. W tym samym czasie odkryte przez Davaine'a we krwi zwierząt padłych na wąglik *(anthrax)* bakterye zajęły uwagę **Pasteura**. Doświadczeniami swemi dowiódł on ich roli etyologicznej w powstawaniu tej choroby a drobiazgowe badania ich własności biologicznych uwieńczone zostały znakomitym wynikiem — możnością hodowania ich poza ustrojem zwierzęcym na podłożach sztucznych i wyodrębniania ich z domieszki innych drobnoustrojów, jednem słowem, otrzymywania t. zw. hodowli czystych.

Stworzenie tej metody stanowi punkt zwrotny w rozwoju bakteryologii, będącej dotąd w zawiązku. Początkowo jeszcze niedokładna, posiłkująca się wyłącznie podłożami płynnemi, metoda ta szybko się rozpowszechniła i w rękach bakteryologów niemieckich (Koch) przez wprowadzenie podłoży stałych znakomitego dosięgła rozwoju. Możność otrzymywania czystych hodowli olbrzymio wpłynęła na postępy bakteryologii, umożliwiając wyodrębnianie coraz to nowych postaci drobnoustrojowych i wszechstronnego badania ich własności biologicznych i stósunku do świata zwierzęcego i ludzi.

Praktyczne zastósowanie tych zdobyczy nie dało długo czekać na siebie. Przyjmowane początkowo z niedowierzaniem przez współczesnych nowe poglądy niezbitą logiką faktów zdobywały coraz to więcej umysłów i rozlewając się coraz szerzej we wszystkie dziedziny nauk przyrodniczych, wstrząsły do podstaw cały gmach wiedzy lekarskiej. Z pomiędzy jej gałęzi chirurgia najbardziej może odczuła wpływ nowych teoryj i uległa zasadniczym przeistoczeniom, przeszedłszy szereg zmian rozwojowych, poczynając od pierwotnego opatrunku karbolowego Listera aż do ostatniego słowa dzisiejszego rozwoju, aseptyki.

Pozostawiając uczniom swym i innym badaczom dalsze obrabianie i systematyzowanie bakteryologii, jako nauki, niestrudzony umysł **Pasteura** poszedł dalej w badaniu życiowych własności drobnoustrojów. Zbadawszy warunki najpomyślniejszego ich rozwoju czy to w hodowlach czystych, czy w ustroju zwierzęcym, zaczął on śledzić wpływ na bakterye okoliczności mniej pomyślnych, nawet szkodliwych, obserwując zachowanie się ich w tak zmienionem otoczeniu, wahania się ich siły chorobotwórczej, dochodzące do zupełnego zaniku. Badania te (1881) doprowadziły go do wniosku, że drogą całego szeregu różnych wpływów termicznych lub chemicznych na hodowle pasorzytów, można tak zmienić ich pierwotną jadowitość *(virus)*, że i działanie ich stać się może zupełnie odmienne od pierwotnego. Tu więc bakteryologia wkracza w dziedzinę terapii; ztąd też już tylko krok jeden do szczepień ochronnych *(vaccin)*. Z tych ostatnich oprócz szczepień przeciw wąglikowi, więcej teoretyczne mających znaczenie, największą sławę zyskały szczepienia ochronne przeciw wściekliźnie (1885). Dziś, pomimo silnej opozycyi w niektórych krajach, głównie w Niemczech, idea tych szczepień robi postępy i coraz więcej powstaje zakładów, skutecznie zmniejszających liczbę ofiar wodowstrętu.

Niepodobna wyliczać tu tych wszystkich zdobyczy naukowych, które zawdzięczają wiedza przyrodnicza i lecznictwo **Pasteurowi** pośrednio. Trzebaby skreślić rys rozwoju wszystkich gałęzi nauk lekarskich w ciągu ostatnich lat dwudziestu, zbadać następujące po sobie okresy tego postępu, aby wykazać ich zależność i bliższy lub dalszy związek z wynikami epokowych badań wielkiego przyrodnika francuskiego. Dziś cała szkoła jego uczniów, liczących między sobą nazwiska o wszechświatowej sławie, gromadzących się koło *l'Institut Pasteur*, z drugiej zaś strony całkiem niezależnie od nich rozwijająca się świetnie szkoła berlińska, zupełnie już samodzielnie obrabiają coraz to nowe zadania biologii pasorzytniczej, zdobywając coraz to nowe prawdy przyrodnicze do zastósowania w lecznictwie. Ostatnim wyrazem tych dążeń jest obecny kierunek leczniczy szczepień surowicy w chorobach zakaźnych, kierunek zapowiadający wiele, lecz bardzo jeszcze daleki od kresu swego rozwoju.

Jeżeli jednakże przypatrzyć się uważnie temu ogromowi pracy w setkach pracowni bakteryologicznych i klinicznych całego świata, jeżeli zastanowić się bezstronnie nad właściwą treścią nowych pomysłów, wychodzących z tych kuźni naukowych, to dostrzeżemy w ich wnętrzu cienką nitkę, za którą idąc, dotrzemy do kłębka idei, mieszczącego się w pracowni wielkiego profesora sorbońskiego.

....„Pasteur mógł umrzeć, gdyż już za życia wszedł do nieśmiertelnych“..... napisano w jednym z pism lekarskich francuskich. Rzeczywiście należał on do tych szczęśliwych olbrzymów nauki, którzy nie żyli zadługo i nie przeżyli samych siebie. W roku 1874. odezwał się kiedyś, że w pracowni swojej naucza medycyny przyszłości, której panowania już nie ujrzy. Jednakże nauka ta przeszła w rzeczywistość prędzej, niż sam on przypuszczał, i pod koniec swego życia miał nagrodę większą, niż uznanie i hołdy całego świata, składane mu w dniu jubileuszu w 1892. roku, widział zwycięztwo wykrytych przez siebie wielkich prawd przyrody.

Umarł dnia 28. Września w Garches, niedaleko od Paryża.

Dr. Leon Kryński.

II. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

Mamy w Krakowie Towarzystwo ginekologiczne a skoro mimo to tutaj przychodzę z odczytem treści ginekologicznej, uważam za właściwe wypowiedzieć kilka słów usprawiedliwienia się. Ginekologia rozwinęła się bardzo znacznie w ostatnich latach i jest w ciągłym, dalszym rozwoju. Ginekolodzy mają wiele sobie do mówienia i demonstrowania; gdyby Towarzystwa ginekologicznego nie było, musiałby chromać u nas rozwój ginekologii lub musielibyśmy bardzo wiele tutaj w Towarzystwie zabierać Kolegom czasu z uszczerbkiem dla innych gałęzi medycyny. Więc Towarzystwo ginekologiczne potrzebne i zasługa jego założyciela, prof. Dra Marsa rzeczywista, ale rzecz ta ma także swoję stronę niekorzystną a mianowicie tę, że Koledzy niespecyaliści mało mają sposobności zaznajamiania się z postępem tej ważnej gałęzi medycyny. Odbija się to niekorzystnie na kobietach chorych, które przecież nie zawsze mogą szukać pomocy i znaleść ją u ginekologów zawodowych; niemniej paraliżuje to działanie tych ostatnich, gdyż ich ordynacyą krytykują lekarze domowi, których wiadomości w zakresie ginekologii nowszej nieraz bardzo są ograniczone. Podobne doświadczenie zrobiłem niedawno i dlatego postanowiłem od czasu do czasu przedstawiać tutaj kwestye ginekologiczne, zwłaszcza szersze, które każdemu lekarzowi praktycznemu znane być winny.

Jedną z takich jest c i ą ż a z a m a c i c z n a, ongi za nadzwyczajność uważana, gdy w ostatnich latach coraz częściej się przekonywamy, że zboczenie to wcale nie należy do zjawisk rzadkich. Dość Panom powiedzieć, że w roczniku Frommla [1]) z roku 1893. znajdujemy wzmiankę o 228 przypadkach, w roku 1892. opisanych a w sprawozdaniu za rok 1893. niemniej, jak 186 tytułów rozpraw, tyczących się tej sprawy. Dr. Ott z Petersburga podaje w swej pracy [2]), że w ostatnich trzech latach na 3379 chorych musiał 72 razy rozpoznać ciążę zamaciczną, co czyni 2·1%, a Küstner z Wrocławia [3]) operował w jednym roku w swej klinice 23 razy z powodu ciąży zamacicznej. Oczywiście nie jest wcale prawdopodobnem, aby liczba przypadków nagle się zwiększyła; raczej wypada przypuścić coś wręcz przeciwnego, odkąd lepiej nauczyliśmy się obsługiwać niewiasty rodzące i odkąd zmniejszyła się liczba połogów nieprawidłowych, sprowadzających zmiany, które w etyologii ciąży zamacicznej ważną odgrywają rolę. Zmieniły się atoli w ostatnich latach a zwłaszcza od pojawienia się w roku 1887. pracy Wertha: *Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft* pojęcia i zapatrywania na taką ciążę, którą też obecnie znajdujemy niejednokrotnie w przypadkach, dawniej odmiennie tłómaczonych. I tak n. p. wiedziano wprawdzie i dawniej (K. Braun, prof. Madurowicz), że krwotok pozamaciczny może być następstwem pęknięcia trąbki, jaje płodowe obejmującej, ale dopiero w ostatnich latach przekonano się, że dzieje się to bardzo często. Według Veita [4]) przynajmniej w 28% przypadków pochodzi krwotok z ciąży zamacicznej a według Küstnera niemal zawsze; sprowadza go zaś nie tylko pęknięcie worka, lecz także bardzo często t. zw. poronienie trąbkowe, na które pierwszy Werth zwrócił uwagę. Częściej też, niż dawniej znajdujemy obecnie w ciąży zamacicznej przyczynę długotrwałych zapaleń otrzewny miedniczej; wykazuje nam to badanie histologiczne tworów, z jamy brzusznej drogą operacyjną wydobytych. Są to zdobycze leczenia chirurgicznego cierpień ginekologicznych, zdobycze równie zbawienne dla chorych, jak ważne dla nauki.

Pomimo coraz liczniejszego pojawiania się rozpraw na temat ciąży zamacicznej, sprawa ta chorobowa zawiera wiele jeszcze stron ciemnych. Etyologia znana jest ledwo w ogólnych zarysach; nie ma jeszcze powszechnej zgody między badaczami co do podstawy anatomicznej takiej ciąży, dotychczas bowiem nie rozstrzygnięto pytania, czy istnieje samoistna a pierwotna ciąża brzuszna lub nie? Symptomatologia przedstawia ogromną rozmaitość objawów tak przedmiotowych, jak i podmiotowych, skutkiem czego rozpoznanie bywa częstokroć bardzo trudne; wcale nie ustalone są też jeszcze zapatrywania na sposób leczenia i na wskazania do pewnych zabiegów operacyjnych. Wobec tego sądzę, że ogłaszanie spostrzeżeń, tyczących się sprawy, o której mowa, jest nie tylko usprawiedliwione, ale pożądane.

[1]) Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie.

[2]) Beiträge zur Kenntniss der ektopischen Formen der Schwangerschaft. 1895. Leipzig, Beroldt.

[3]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1894. Nr. 5.

[4]) Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart, 1884. Ctblt. für Gynäk. 1885, 1888, 1889.

W ostatnich kilkunastu miesiącach musiałem kilkanaście razy rozpoznać ciążę zamaciczną. Kilka z tych przypadków straciłem z oczu, w niektórych nie mogłem stwierdzić rozpoznania ponad wszelkie wątpliwości; przypadki te pomijam więc jako niepewne, a opiszę tylko te, w których rozpoznanie stwierdzone zostało anatomicznie po operacyi, oraz jeden przypadek nieoperowany wprawdzie, ale nie dopuszczający innego tłómaczenia. Wszystkich tych przypadków było sześć.

P r z y p a d e k I. *Graviditas extrauterina interstitialis.* L. prot. klin. położn. ginek. 111. z r. 1894. R. B., lat 31, z Żarek.

W y w i a d y: Zamężna od 3½ lat. Nie roniła, nie rodziła. Po zamążpójściu miesiączkowała regularnie do Marca 1893. W Sierpniu 1893. zauważyła powiększanie się brzucha, które odnosiła do ciąży. Dnia 7. Lutego 1894. roku dostała silnych bólów dołem, którym towarzyszyło mierne krwawienie z macicy. Bóle te utrzymywać się miały przez 2 godziny, poczem czuła się znów zdrową. W połowie Marca wystąpiły znowu bóle ciągłe w brzuchu, które zmusiły chorą do leżenia w łóżku; podczas tego pokazywały się plamy brunatne. Lekarz wezwany w końcu Marca rozpoznał ciążę i położenie poprzeczne płodu. Drugi lekarz zaprzeczył z początkiem Kwietnia, jakoby chora była ciężarną; w kilka dni potem wezwani dwaj lekarze polecili chorej udać się do kliniki w celu operacyi. Chora od Sierpnia aż do Stycznia miała uczuwać ruchy płodu; obecnie skarży się na bóle po stronie prawej brzucha i w okolicy lędźwiowej tejże samej strony.

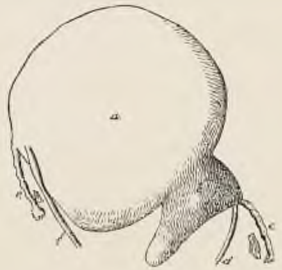
S t a n o b e c n y: Wzrost, budowa i odżywienie dobre. W sutkach o zrazach gruczołowych wyraźnych znajduje się klej. Brzuch wypuklony tak wzdłuż jak i w szerz, głównie pod pępkiem. Linia środkowa zaznaczona. Pępek nieco wciągnięty. Wypuklenie brzucha pochodzi od tumoru, sięgającego ku górze na 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, ku stronie lewej rozciągającego się do *spina anterior superior*, ku stronie prawej zaś nieco dalej. Guz ten większy niż głowa dorosłego człowieka, ma powierzchnię gładką, konsystencyę wszędzie jednostajnie zbitą, jest niebolesny, we wszystkich kierunkach nieco poruszalny. Części płodu w guzie tym nigdzie wykazać nie można. Odgłos wypukowy nad tumorem wszędzie stłumiony, zresztą bębenkowy.

Okolica sromu powalana krwią zeschłą. Przedsionek miernej wielkości; wargi mniejsze okazują od wnętrza zmacerowanie przyskórka. W dolnej części małej wargi prawej od wnętrza, tuż przy wejściu do pochwy napotykamy owrzodzenia o cechach wrzodu miękkiego; w tem samem miejscu wargi małej lewej podobne owrzodzenie. Pochwa miernie długa, rozpulchniona. Część pochwowa kształtu spłaszczonego stożka, ustawiona jest nieco niżej i bliżej spojenia łonowego. Ujście tworzy szparę poprzeczną, do której daje się wprowadzić koniec palca; brzegi ujścia gładkie. Trzon macicy przebiega tak, że przez tylne sklepienie można obmacać jego tylną ścianę, do dna jednak palcem dosięgnąć nie można. Przez sklepienie przednie daje się wybadać dolny odcinek guza. Tumor pokrywa przednią ścianę macicy; czy zaś z nią zostaje w ścisłym związku (jakby pozornie wyglądało) i w jakim obszarze, rozstrzygnąć trudno. *Parametriuum* prawe okazuje tuż nad sklepieniem naciek twardy, poprzecznie od szyi do bocznej ściany miednicy przebiegający, rozlany, niebolesny, nieruchomy. Ruchy guza udzielają się części pochwowej. Sonda wchodzi do macicy bez trudności i wykazuje długość jamy prawidłową; na błonie śluzowej tak przedniej jak i tylnej ściany liczne wybujałości i bruzdy. Sondowanie sprowadza dosyć znaczne krwawienie.

R o z p o z n a n o: *fibromyoma uteri subserosum* i przystąpiono dnia 28. Maja 1894. do zabiegu operacyjnego.

Rozcięto powłoki brzuszne w długości 25 cm. Po otwarciu otrzewny odsłonił się guz zlepiony z powłokami i pokryty od przodu w górnej swej części siecią przylepioną. Ręką odklejono zlepy włóknikowe wcale nie krwawiące i sieć. Następnie wytoczono tumor z jamy brzusznej i zoryentowano się w sytuacyi topograficznej, którą przedstawia dokładnie załączona rycina (fig. 1). Prawy róg macicy, bardzo mało powiększonej, zamieniony był w guz, od którego odchodziły wszystkie prawe części dodatkowe. Guz był wszędzie jednostajnie twardy, konsystencyi miernie zbitego włókniaka a że był tylko jeden, postanowiono go wyłuszczyć metodą Martina. Założono na szyję macicy dren elastyczny i na jakie 2 do 3 palców nad połączeniem guza z macicą przecięto nad nim otrzewną i zaczęto guz z trudnością wyłuszczać. Wśród tej manipulacyi z głębi guza wypłynęło nieco brudnego, brunatnego, gęstego płynu. Sądzono, że to rozmiękłe miejsce włókniaka i wyłuszczano guz dalej. Nagle w jednem miejscu blisko macicy ściana guza pękła a w otworze ku ogólnemu zdumieniu pokazała się nóżka płodu. Zaraz rozszerzono otwór i cały płód za nóżkę na zewnątrz wydo-

Fig. 1. *).



byto bez przecinania pępowiny, gdyż jej nie było. Po wydobyciu płodu pozostały worek należało wyciąć. W tym celu podwiązano więzadło szerokie prawe podwiązkami jedwabnemi z pomocą igieł Dechampa. Pozostało jeszcze dosyć szerokie połączenie worka z macicą, które podwiązano w ten sposób, że przekłuto przez środek igłę nawleczoną grubym jedwabiem i przewiązano na obie strony, poczem worek odcięto. Następnie podwiązano krwawiące naczynia a powierzchnię ranną, po odcięciu worka na macicy pozostałą zmniejszono szwem katgutowym kuśnierskim. Usiłowano potem pozostałą ranę pokryć otrzewną, ale ponieważ pozostawiono jej zamało a nie można było rany nie pokrytej zapuścić w jamę brzuszną, przeto wszyto powierzchnię ranną macicy w dolny kąt rany brzusznej szwami katgutowymi i jedwabnymi. Resztę rany brzusznej zaszyto w sposób zwykły i założono opatrunek antyseptyczny.

O p i s p ł o d u: Płód płci żeńskiej, długości 51 cm., waży 3000 grm. Głowa dziecka donoszonego, kości czaszki twarde, włosy długie, z trudnością dają się wyciągać, nos spłaszczony. Klatka piersiowa i brzuch silnie spłaszczone. Skóra przedstawia się na różnych częściach ciała rozmaicie; na większym obszarze jest całkiem gładka, koloru szaro różowego. Na klatce piersiowej z przodu i z boku prawego, na bocznej prawej stronie brzucha aż do okolicy lędźwiowej skóra jest zniszczona i w tych miejscach widoczną jest tkanka tłuszczowa w postaci wybujałości brodawkowatych. Na przedramieniu prawem po stronie łokciowej brak całkowity skóry i tkanki tłuszczowej tak, że widać tu w całości odsłonięte mięśnie. Brzegi tego miejsca są miękkie, strzępiaste, w palcach się rozłażące. Na stopie lewej widoczne są kości śród-

*) Fig 1. *a* guz, *b* macica, *d*, *f* więz. okrągłe, *c*, *e* trąbki.

stopia. Pępowiny brak; w miejscu pępka znajduje się brunatnawa, rozmiękła tkanka

Torba, w której płód był pomieszczony, waży 300 grm., pokryta jest w całości otrzewną przeważnie gładką, miejscami tylko od zrostów strzępiasta. Ściany tej torby są niejednostajnie grube; w miejscu, gdzie odchodzi trąbka i jajnik, grubość ściany jest największą, tam zaś (w górze po stronie prawej), gdzie jest przymocowany kawałek na 8 cm długi spłaszczonej pępowiny, ściana jest najcieńszą. Powierzchnia wewnętrzna tej torby jest nierówna, strzępiasta, brudnoszaro zielona. Cały preparat oddano zakładowi anatomii patologicznej. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Gojenie się dolnej części rany, w którą wszyto prawy brzeg macicy, postępowało jednak powoli z powodu podwiązek jedwabnych, które przez kilka tygodni podtrzymywały w głębi rany ropienie, zanim się zupełnie oddzieliły i na zewnątrz zostały wydalone tak, że chora dopiero 18. Lipca zupełnie wyleczona opuściła klinikę.

W przypadku powyższym ciąży zamacicznej nie rozpoznano, ale o tem poniżej; jest to w każdym razie przypadek bardzo interesujący i rzadki, gdyż ciąża interstycyalna, donoszona w ogóle rzadko się przytrafia. Rozpoznanie rozwoju ciąży w macicznej części trąbki jest tu udowodnione zachowaniem się części dodatkowych, które nie odchodzą między rogiem macicy a guzem, jakby być musiało w ciąży trąbkowej, tylko na zewnątrz od guza, który jest częścią macicy. Na tę dla ciąży śródmiąższowej charakterystyczną topografią zwraca już w 17. wieku uwagę Mauriceau [5]), opisując przypadek mylnie przez Vassala za ciążę trąbkową uważany a do naszego podobny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III.

KILKA UWAG o stosowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych mezkich.

Podał

M. Misiewicz w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Zupełnie innych rodzajów mięsienia używać należy w nerwicach, nerwobólach oraz zboczeniach w ogóle innerwacyi trzew.

Tu należą t. zw. wibracye i wstrząśnienia, bądź całą dłonią bądź palcami, czyli t. zw. punktacye.

Dla wzmocnienia czynności nerwu błędnego kładę średni palec lewej ręki w odległości kilku centymetrów od pępka na lewo, prawej zaś na prawo i podnosząc naprzemian palec od brzucha na wysokość 10—20 cm., uderzam nimi pionowo w ściany brzucha, starając się przeniknąć dość głęboko. Kellgrann, który pierwszy opracował wstrząsanie nerwów za pomocą masażu, radzi uderzać od razu kilkoma palcami, poczem zatrzymuje się zagłębione w brzuch palce i wywołuje niemi ucisk i drganie nerwów i zwojów nerwowych. Punktacye brzucha połączone są często z uczuciem bólu. Tokaroff stosował w porażeniu nerwu twarzowego wibracye.

Tam gdzie chodzi o pobudzenie splotu słonecznego, stosuje się t. zw. wibracyą tegoż splotu. Złożone do siebie i wyciągnięte palce prawej ręki zagłębić należy na 3 cm. nad pępkiem dosyć głęboko w powłoki brzuszne, poczem wykonać, o ile można, jak najprędsze wahadłowe ruchy ręki i pewien ucisk. Wstrząśnienie to powinno się wykonać nietylko dłonią, ale ile możności całą ręką, przesuwając ją wśród powłok brzusznych dosyć prędko ku górze. Gdyby zabiegu tego dla zbytniej wrażliwości nie można wykonać, wtedy chwytamy dłonią między paluchem a czterema pozostałemi palcami prawej ręki grubą warstwę powłok brzusznych w okolicy splotu słonecznego i wykonywamy ręką prędkie i silne ruchy wahadłowe.

W chęci zadziałania głównie na nerw trzewowy wielki stósujemy t. zw. wstrząsanie nazwane przez Brandta: *Hüftschüttelung*. Thure Brandt wykonywa je w ten sposób, iż układa obydwie ręce na boki chorego tak, aby paluch dotykał się wolnego brzegu żeber, mały zaś palec znajdował się na *crista ossis ilei*. Objąwszy w ten sposób boczne ściany powłok brzusznych, wykonywa się nadzwyczaj prędkie oscylacyjne wstrząśnienie, trwające kilka sekund, poczem następuje pauza i powtórzenie rękoczynu kilka razy. Jeżli chcemy wywołać silny skutek, postępujemy według metody Brandta, t. j. kładziemy obydwie ręce obok siebie i uchwyciwszy powłoki brzuszne, wprowadzamy je zrazu w powolny a następnie coraz w szybszy ruch w kierunku poziomym.

Gdy chodzi o pobudzenie zwojów naczynioruchowych i muskulatury trzew, stósujemy wtedy tak zwany *tapotement à l'air comprimé*. Przykładamy paluch do zgiętych łukowato reszty palców tak, aby dłoń przyjęła formę łyżkowatą, lub mówiąc inaczej, aby w dłoni utworzyła się próżnia. Zawarta między dłonią a ścianami brzucha warstwa powietrza łagodzi wysoce nawet silne uderzenia, które umiejętnie miarkować należy, pamiętając na skutki wykazane próbą Goltza.

Mięsienie nerek wykonywam w ten sposób, iż przy zupełnem rozluźnieniu muskulatury brzucha podkładam lewą rękę pod lewą okolicę lędźwiową, prawą zaś staram się uchwycić nerkę; dłoń lewej ręki zwracam ku górze, duży zaś palec tejże ręki opieram o łuk żebrowy; następnie zagłębiam palce prawej ręki głęboko w powłoki brzuszne i wykonywam palcami lekki, powolny ucisk oraz obroty koliste, w ten sposób, by nerkę umocować wśród obydwóch rąk, rozcierać ją i ugniatać. Możliwem to jest jedynie przy ospałej muskulaturze brzucha.

Jeżeli jest nerka wędrująca, stósuję według Brandta wstrząsanie okolicy nerkowej (*Unternierzitterdrükkung*). Chory leży i w chwili operacyi unosi wysoko krzyż, operator zaś reponuje naprzód nerkę, poczem zagłębia palce obydwóch rąk pod łuk żebrowy i wykonywa silne ruchy oscylacyjne, starając się wsunąć nerkę ku tyłowi i górze.

Masaż pęcherza moczowego u mężczyzn robi się w ten sposób, iż zagłębia się palce jednej lub obydwóch rąk w powłoki małej miednicy a następnie wykonywa delikatne wstrząsanie i drganie palców, oraz pocieranie niemi po całej dolnej okolicy miednicy. U kobiet można masować pęcherz palcem wskazującym, *per vaginam*, tudzież stósować brandtowską *Zitterdrückung*, uciskając tymże palcem szyję pęcherza, do spojenia łonowego i wykonywając trzechkrotne, silne drganie szyi pęcherza.

Masaż gruczołu krokowego robię najchętniej w położeniu *à la vache*, przez odbytnicę. Wchodzę dobrze oliwą posmarowanym wskazicielem prawej ręki głęboko do

---

[5]) Mauriceau. Der schwangeren und kreissenden Weibspersonen allerbeste Hülfeleistung. 1661. s. 82.

odbytnicy i pocieram kilkanaście razy gruczoł krokowy, naprzód z góry na dół, potem ze środka ku brzegom, prawemu i lewemu. Mała pauza jest konieczną, mając na uwadze wrażliwość i znaczną liczbę nerwów w gruczole. Podczas pauzy robi się stopniowo wzmagający się ucisk brzuścem palca wskazującego na gruczoł krokowy. Po pauzie powtarzam jeszcze pocieranie i gładzenie i kończę wstrząsaniem i drganiem palca, skierowanem ku obydwom bokom narządu. W razie skłonności do pomazań nocnych, należy liczbę pocierań i drgań ograniczyć znacznie.

M a s a ż ś c i a n m a ł e j m i e d n i c y najlepiej wykonać się daje przy ułożeniu chorego bokiem, raz na jednę, drugi raz na drugą stronę, poczem wprowadzam palec przez odbytnicę i robię nim rozcieranie kości biodrowych, za pomocą lekkich ruchów po ich wewnętrznej powierzchni. Druga ręka kontroluje ruchy palca przez powłoki brzuszne i ułatwia uchwycenie wysięków, ognisk zapalnych i narządów. Palec winno się wprowadzić jak najwyżej a pocierania robić należy w kierunku naczyń krwionośnych i chłonnych, t. j. ku górze i ku wewnątrz, w kierunku *vena iliaca communis*.

M a s a ż m i ę d z y k r o c z a, o p u s z k i i c e w k i wykonywam w formie delikatnych, kolistych rozcierań, w kierunku dośrodkowym. Na opuszce można wykonywać lekkie drgania, idące przez całe międzykrocze. Na międzykroczu robi się staranny masaż oboczny, poczem przystępuje się do ugniatania i uciskania mięśni z osobna (*ischiocavernosus*, *bulbocavernosus*), lekkiego natrzepywania (*tapotement*) muskulatury i kości krzyżowej i kończy się zabieg rozszerzaniem i przyciąganiem zgiętych kolan (z oporem lub bez niego) dla wzmocnienia *m. levatoris ani*. Te ruchy kolan operator wykonywa sam, chory zaś podczas nich unosi się z pozycyi leżącej do współsiedzącej lub siedzącej, dla wprowadzenia w ruch mięśni lędźwiowych i dna miednicy.

M a s a ż o d b y t n i c y wykonywać należy w ten sposób, iż wprowadzonym jednym a potem dwoma palcami (*index* i *medius*) prawej ręki robi się koliste ruchy w kierunku od *anus*, stopniowo coraz wyżej, starając się wykonywać lekki ucisk ścian odbytnicy brzuścami palców. Doszedłszy do jamy miednicy, wykonywa się dość silne drganie palców, poczem wysuwamy je do *anus* i powtarzamy zabieg kilka razy, kończąc go natrzepywaniem *ossis sacri* i ruchami *abductorum et adductorum femoris*, oraz unoszeniem się chorego z pozycyi leżącej.

Wszelkie zabiegi miesienia dają lepszy wynik po zastósowaniu gorącej kąpieli nasiadowej lub ogólnej; w niektórych razach stósują się gorące irrygacye do odbytnicy lub pochwy.

W wykonywaniu wszystkich wyżej opisanych rękoczynów zachować należy następujące prawidła:

1) zbadać dobrze stósunki patologiczne i stósunki z sąsiedniemi narządami, tudzież usadowienie się wysięków,

2) mięsienie wykonywać nie inaczej, jak po zupełnem obnażeniu danej okolicy,

3) wykonywać je ręką suchą, gdy chodzi o pobudzenie nerwów i zwojów skóry; tam zaś, gdzie na ugniataniu i wyciskaniu (*petrisage*) najwięcej nam zależy, używamy wazeliny lub innego obojętnego tłuszczu. Miejsca zarosłe włosami należy starannie ogolić,

4) unikać zbytniego ucisku, nadmiernie długich posiedzeń (3—6 minut), w ogóle miarkować siłę do każdego organu i osoby, szczególniej u osób wiekowych, charłaków, z ospałemi tkankami i upośledzeniem przemiany materyi, u których nawet po umiarkowanem mięsieniu występują wybroczyny a przez to niekorzystne skutki masażu. Dłuższa wprawa pod okiem wprawnego i doświadczonego kierownika, przy osobistych przymiotach (wytrwałości, sile i przygotowaniu teoretycznem), są niezbędnemi dla każdego, kto pragnie poświęcić się masażowi,

5) zaczynać każde mięsienie od mięsienia obocznego, kończyć zaś ruchami biernemi lub czynnemi z oporem (*duplicirte Bewegungen* Birch Hirschfelda[1]), o których słów kilka z własnego doświadczenia przytoczyć sobie pozwolę.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

L. p. 3. N. D., l. 55, zam., z Rabki. *Cystoma ovarii dextri accretum. Descensus uteri retroversi. Prolapsus vaginae posterioris et descensus vaginae anterioris.* L e c z e n i e: *Ovariotomia. Ventrofixatio uteri.*

W y w i a d y: Rodziła 5 razy; porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród przed 12 laty. Przestała miesiączkować przed dziesięciu laty. Od 14 miesięcy uważa powiększanie się brzucha, które stale postępuje. Dwa razy robiono nakłucie brzucha i za każdym razem wypuszczono kilka litrów płynu, pierwszy raz bezbarwnego, drugi raz czerwono zabarwionego. Z powodu znacznych rozmiarów brzucha doznaje utrudnienia w chodzeniu, od kilku miesięcy duszności.

S t a n o b e c n y: Osoba źle odżywiona, o cerze ziemistej. Badanie płuc i serca wykazuje: *atelectasis loborum inferiorum pulmonum*, *bronchitis diffusa*, *atheroma arteriarum*. Brzuch bardzo znacznie wypuklony, więcej wzdłuż niż w szerz. Na skórze brzucha bardzo mocno napiętej a pod pępkiem wodnisto obrzękłej widać całą sieć mocno poroszerzanych żył. Badanie głębsze wykazuje tylko na całym brzuchu mocne napięcie, w okolicy zaś pępka w obszarze dłoni opór płaski, twardy, tuż pod powłokami tkwiący się zdający. Obwód brzucha przez pępek 124 cm. Chełbotanie wszędzie bardzo wyraźne. Odgłos wypukowy wszędzie stłumiony, tylko w dołku podsercowym jawno-bębenkowy. Badanie przez pochwę wykazuje wypadnięcie tylnej ściany pochwy i obniżenie się przedniej. Część pochwowa na $^1/_2$ falangi długa, niżej ustawiona. W sklepieniach można wybadać tylko powiększony opór. O skombinowanem badaniu i wykazaniu macicy nie ma mowy, z powodu zbyt wielkiego napięcia powłok.

Dnia 25. Października wobec kolosalnych rozmiarów brzucha i znacznej duszności nakłuto wieczorem brzuch trójgrańcem i wypuszczono 14 litrów płynu z początku galaretowatego, szarego, potem mlecznego, następnie wodnistego a w końcu krwawego. Po punkcyi stósunki się zmieniły i wtedy przekonano się, że brzuch niejednostajnie wypuklony okazuje dwa oddzielne wypuklenia, jedno pod pępkiem, drugie kopułowate nad pępkiem. Pod pępkiem i na prawo czuć teraz wyraźnie opory twarde, chrząstkowate, płaskie, nieco

[1]) *Die Bedeutung der Muskelübung für die Gesundheit.* (Leipz. 1890).

poruszalne, pod pępkiem wielkości dłoni, na prawo nieco większy. W związku z tymi oporami pozostaje inny miękki, stanowiący wypuklenie nad pępkiem, który okazuje wszystkie cechy torbiela. Odgłos wypukowy stał się jawnym na większym obszarze dołka podsercowego i w okolicy lędźwiowej prawej. Również pomiędzy tumorem a wątrobą jest pas odgłosu jawnego. Przez pochwę czuć teraz dalszy ciąg niepowiększonej macicy, ułożonej ku tyłowi i na prawo. Prawe sklepienie, szersze niż lewe, zajęte jest jakby taśmowatym oporem.

Dnia 9. Listopada guz znowu wyrósł do dawnych rozmiarów. Obwód przez pępek 123 cm. Chorą zachloroformowano i wykonano laparotomią. Cięcie poprowadzono w linii środkowej nad pępkiem i pod pępkiem na długość 20 cm. W okolicy pępka na bardzo długiej przestrzeni guz jest do powłok bardzo silnie przyrosły. Zrosty te rozdzielono częścią na tępo, częścią nożyczkami. Przy wytaczaniu guza przekonano się o rozległym zroście całej sieci z guzem. Sieć podwiązano i od guza odcięto. Następnie szypułę dosyć wąską a długą, wychodzącą z prawego rogu macicy podwiązano i przecięto. Po oddaleniu guza przyszyto macicę do powłok brzusznych sposobem Czernego-Terriera, poczem w zwykły sposób zeszyto powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Nazajutrz po operacyi kilkakrotne wymioty i lekkie wzdęcie brzucha. Tętno pomimo prawidłowej ciepłoty przez kilka dni dochodziło do 100.

Dnia 14. Listopada rano *oleum ricini* z dobrym skutkiem.

Dnia 23. Listopada wyjęto szwy; rana zgojona przez rychłozrost.

Dnia 14. Grudnia chora zupełnie wyleczona opuściła klinikę.

L. p. 4. K. A., l. 52, zam., z Woli Mędrzechowskiej. *Cystis ovarii sinistri partim accreta. Prolapsus uteri completus. Dextro-retroversio uteri.* Leczenie. *Ovariotomia.*

W y w i a d y: Roniła raz, rodziła sześć razy. Porody i połogi miały być prawidłowe. Ostatni poród przed 10 laty. Wkrótce po ustąpieniu regularności, przed 4 laty chora zauważyła powiększanie się brzucha i myślała wtenczas, że jest w ciąży; nie mogła się jednak doczekać rozwiązania, powiększanie zaś brzucha postępowało stale. Lekarz wezwany do niej, trzykrotnie nakłuł brzuch trójgrańcem i wypuścił w Styczniu r. 1892. 19 litrów płynu; w Październiku tegoż roku 14 litrów a w Maju 1893. 25½ litrów. Chora pomimo nalegań ze strony lekarza zaraz po pierwszej punkcyi nie mogła się zdecydować na operacyą i przybyła do kliniki d. 20. Października 1893.

S t a n o b e c n y: Brzuch wypuklony więcej pod pępkiem niż nad pępkiem. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza znajdującego się nad wchodem miednicy, większego od głowy męskiej, mniej więcej w środku brzucha ułożonego, kulistego, sięgającego na trzy palce ponad pępek. Guz ten ma powierzchnię gładką, jest elastyczny, niebolesny, z boku na bok i z dołu ku górze przesuwalny. Nad całym guzem mającym ściany cienkie występuje wybitne chełbotanie.

Obwód brzucha przez pępek 98 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy.

Badanie części rodnych wykazuje wynicowaną pochwę a wśród niej wypadłą w całości macicę. Na ścianach pochwy i brzegach ujścia zewnętrznego liczne owrzodzenia. Po odprowadzeniu pochwy i macicy można się przekonać, że trzon macicy znajduje się w tyłozgięciu i że szyja jest wydłużona i zgrubiała. Sonda wykazuje długość jamy macicy o 2½ cm. powiększoną. Przez sklepienie prawe czuć ruchomy jajnik, po stronie zaś lewej szypułę idącą od macicy do guza. Przez sklepienie przednie i częściowo przez oba boczne czuć dolny odcinek guza.

Dnia 24. Października wykonano laparotomią. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że guz jest przyczepiony do powłok licznymi, taśmowatymi zrostami, z których część odklejono i rozerwano ręką, część zaś podwiązano i przecięto. Uwolniwszy guz całkowicie od zrostów, pomniejszono go przez nakłucie trójgrańcem Madurowicza i wypuszczenie znacznej ilości płynu brunatnego, poczem guz wytoczono przed powłoki, podwiązano i przecięto szypułę, zespojono powłoki brzuszne; założono opatrunek uciskający, przeciwgnilny.

P r z e b i e g o p e r a c y j n y: Dnia 24. Października wieczorem t. 37°, tętno 112. Stan chorej dość dobry.

Dnia 25. Października rano t. 38·3°, tętno 132, drobne: język suchy, częste wymioty, bóle dołem. Wieczorem t. 37·7°, tętno 128. Podawano kawałki lodu do połykania i kofeinę.

Dnia 26. Października rano t. 38·6°, tętno 140, stan bardzo zły. Rozpoznano adynamią serca. Podawano naparstnicę z kofeiną, wino. Wieczorem 38·1°, tętno 140.

Dnia 27. Października rano t. 38·4°, tętno 132, stan nieco lepszy. Dalej podawano naparstnicę z kofeiną. Wieczorem t. 38·2°, tętno 128.

Dnia 28. Października. Podano *oleum ricini*, w kilka godzin stolec. Ciepłota po stolcu spadła do prawidła, tętno utrzymuje się szybkie. Odtąd stan chorej poprawiał się z dnia na dzień, ciepłota była prawidłowa a tętno przez kilka dni utrzymywało się jeszcze powyżej 100.

Dnia 30. Października znaleziono odleżynę w okolicy kości krzyżowej.

Dnia 31. Października wyjęto szwy, rana zgojona doraźnie.

Dnia 19. Listopada chora uleczona opuszcza klinikę.

L. p. 5., L. I., l. 27. zam., z Górska. *Cysis ovarii sinistri libera.* L e c z e n i e: *ovariotomia.*

W y w i a d y: Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Rodziła dwa razy: porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród odbył się przed 7-ma tygodniami. W tydzień po porodzie zauważyła powiększenie się brzucha. Dziecko karmi. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

S t a n o b e c n y: Osoba miernie zbudowana i odżywiona. W sutkach pokarm. Brzuch wypuklony więcej w szerz niż wzdłuż, więcej pod pępkiem niż nad pępkiem, więcej po stronie prawej niż po lewej. Powłoki brzuszne pokryte bliznami i rozstępami. Powiększenie brzucha pochodzi od guza wielkości głowy, ułożonego nad spojeniem łonowem, mniej więcej w środku brzucha. Guz ten ma powierzchnię gładką, daje się dokładnie odgraniczyć, jest elastyczny po stronie prawej nad pępkiem, za dotknięciem się bolesny. Chełbotanie w guzie bardzo wyraźne, we wszystkich kierunkach jednakowe. Poruszalność guza jest nieznaczna. Od spojenia łonowego do końca guza 31 cm. w linii środkowej, 34 cm. w linii sutkowej prawej, 25 cm. w sutkowej lewej. Obwód brzucha przez pępek 89 cm. Od *spina anterior superior* do pępka po stronie lewej 21 cm.; tenże sam wymiar po stronie prawej wynosi 23 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Badając przez pochwę można przez lewe sklepienie wymacać szypułę guza, idącą od lewego rogu macicy. Macica ułożona w przodozgięciu, ruchoma, zbitości i wielkości prawidłowej.

Dnia 14. Listopada wykonano owaryotomię, która nie przedstawiała żadnych trudności. Po podwiązaniu dosyć długiej szypuły odcięto guz całkiem wolny, poczem zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y: W okolicy górnej części rany koło szwów wystąpiło ropienie i brzegi ściany się rozeszły, wskutek czego leczenie przedłużyło się znacznie, gdyż chora dopiero 12. Stycznia opuściła wyleczona klinikę.

L. p. 27. P. K., l. 25, zamężna ze Zborczyc. *Cystoma ovarii sinistri.* L e c z e n i e: *ovariotomia.*

W y w i a d y: Rodziła trzy razy. Porody prawidłowe. Ostatni poród w Styczniu bieżącego roku. W połogu chorowała przez 2 miesiące, miewała silne boleści dołem, gorączkowała. Dziecko karmi dotad. Od Września b. r. wyczuwa guz w brzuchu, który ciągle wzrasta. Skarży się na silne bóle brzucha i w krzyżach czasami występujące.

Stan obecny: Brzuch miernie wypuklony, więcej po stronie lewej niż prawej, przez guz wychodzący z miednicy małej, który w linii środkowej sięga do pępka. Po stronie lewej na dwa palce niżej łuku żebrowego, po stronie prawej do wysokości pępka. Powierzchnia tego guza, we wszystkich kierunkach łatwo przesuwać się dającego jest nierówna a konsystencya jednolita. W dolnym odcinku guz jest zbity, twardy, w części zaś górnej elastyczny i okazuje wyraźne chełbotanie. Badając przez pochwę można wykazać szypułę dość szeroką, idącą do guza od lewego rogu macicy, ku tyłowi i stronie prawej ułożonej.

Dnia 8. Stycznia 1894. guz wycięto. Po rozcięciu powłok brzusznych, przy czem odpłynęła mierna ilość płynu surowiczego (*ascites*), wytoczono z łatwością na zewnątrz cały guz zupełnie wolny. Podczas wytaczania jedna z małych cyst pękła i trochę masy galaretowatej wylało się do jamy brzusznej. Szeroką szypułę podwiązano czterema jedwabnemi podwiązkami przy pomocy igieł Dechampa i po przepaleniu jej przyżegadłem Paquelin'a guz oddzielono, następnie oczyszczono jamę brzuszną, zespojono powłoki i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny: Dnia 8. Stycznia wieczorem temp. 38·6°, tętno 104. Kilkakrotne wymioty. W nocy z 8. na 9. Stycznia temp. 39°, tętno 108, język suchy, mierny *meteorismus*. Trzy razy napad szczękościsku *(trismus)*, połączony z utratą przytomności. Napady utrzymywały się przez kilkanaście sekund.

Dnia 9. Stycznia rano temp. 38°, tętno 104, język suchawy, wymiotów nie ma. W południe kurcze kloniczne w kończynach górnych, połączone z utratą przytomności przez kilkanaście sekund. Wieczorem temp. 38·3°, tętno 120.

Dnia 12. Stycznia wykazano zapalenie opłucny suche (*pleuritis sicca*) po stronie prawej, które po odpowiedniem leczeniu ustąpiło po kilku dniach. Chora gorączkowała wieczorem przez 3 tygodnie po operacyi (rano zawsze temperatura prawidłowa) wskutek zapalenia około macicy z wytworzeniem się ekssudatu. Okłady wysychające i środki resorpcyjne, po ustąpieniu gorączki stosowane odniosły pożądany skutek tak, że chora w dniu 15. Lutego 1894. wyleczona opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

J. Lumniczer (w Budapeszcie): **Przyczynki do symptomatologii zranień serca i osierdzia.**

W peszteńskiej klinice chirurgicznej spostrzegał autor 6 przypadków zranień serca (rany kłute, postrzałowe), które są pouczające tak ze stanowiska ogólnej patologii i fizyologii, jak i ze względu na wskazania do zabiegu chirurgicznego. Z doświadczeń tu zebranych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) zranienia serca rozpoznać należy na podstawie objawów miejscowych i ogólnych. Ponieważ objawy zranienia serca w wielu przypadkach występują dopiero w dłuższy czas po zranieniu, dlatego jest nieraz niemożebnem rozpoznanie zranienia serca bezpośrednio po uszkodzeniu. W tych przypadkach, w których stosunki topograficzne wzniecają podejrzenie zranienia serca, należy dokładnie badać stan chorego, kontrolując opukiwaniem i osłuchiwaniem zachowanie się serca, by jak najprędzej wyjaśnić dany przypadek. 3) Objawy zranienia serca cechują się przy opukiwaniu przez powiększenie stłumienia sercowego, przy osłuchiwaniu przez pluskanie, metalicznie dźwięczące, równocześnie z tonami sercowymi, mającymi dźwięk metaliczny, tudzież przez osłabienie i niemiarowość tętna. 4) Jeżeli objawy ucisnięcia serca są wybitne, usprawiedliwiony jest zabieg chirurgiczny. W takim przypadku nie wolno zwlekać z operacyą celem utamowania krwotoku i usuwania krwi, która wtargnęła do osierdzia. *(Ungarisches Archiv für Medizin.* Tom II. Zeszyt II.).

Dr. Baschkopf.

Choroby nerwowe.

A. Theilhaber: **O stosunku choroby Basedowa do zmian w narządzie płciowym kobiety.**

Na podstawie piśmiennictwa i własnych postrzeżeń przychodzi autor do wniosku, że istnieje pewien związek między chorobą Basedowa a zmianami w narządzie płciowym kobiety, jak ciążą, połogiem, sprawami zanikowemi, operacyami ginekologicznemi i t. d., jako zaś skazówki dla lekarza podaje:

1) Dziewczętom mającym chorobę Basedowa należy odradzać zamążpójścia, kobietom zaś zamężnym zajścia w ciążę, ponieważ ciąża i połóg mogą bardzo niekorzystnie wpłynąć na chorobę Basedowa.

2) Przerwanie ciąży w chorobie Basedowa jest uprawnione tylko w przypadkach bardzo ciężkich, dla życia groźnych.

3) Kobietom pochodzącym z rodzin nawiedzonych chorobą Basedowa lub obciążonych newropatycznie należy odradzać karmienia dzieci.

4) Zaniku części płciowych, braku miesiączki, zapalenia błony śluzowej macicy, zgięcia ku tyłowi najlepiej nie leczyć, ponieważ miejscowe leczenie zwykle szkodzi. Natomiast leczyć należy według prawideł znaczne krwotoki, mięśniaki ze szypułą, raki, guzy jajników i t. d. *(Archiv für Gynaekologie.* Tom XLIX. Zeszyt 1. 1895). *R.*

Choroby wewnętrzne.

Swain: **Pięć funtów włosów w żołądku.**

Autor przedsięwziął z powodu znacznego obrzęku w okolicy żołądka, znacznych dolegliwości i zupełnej niestrawności gastrotomię u kobiety 20-letniej. Po cięciu brzusznem okazał się żołądek twardy i znacznie powiększony. Wydobyto z niego po przecięciu 5 funtów włosów. Chora połykała włosy w rozdrażnieniu skutkiem choroby nerwowej. Po 3 tygodniach opuściła zakład zdrowa. *(Wiener medizinische Blätter.* Nr. 36. 1895). *Dr. Karol Reiss.*

Zapiski terapeutyczne.

121. A. Neisser (prof. we Wrocławiu): O leczeniu wrzodu (szankra) miękkiego kwasem karbolowym i jodoformem. Autor idąc za Herffem (por. Nr. 25. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) przekonał się, iż czysty, płynny kwas karbolowy jest najlepszym środkiem do leczenia wrzodu miękkiego, mianowicie jeżeli połączy się go z użyciem jodoformu, oddawna znanego ze swej skuteczności przeciw rzeczonemu cierpieniu, nieprzyjemnego jednak z powodu swej woni zdradzającej chorych.

Otóż autor łączy obydwa te środki tak, iż unika owej woni nieprzyjemnej jodoformu w ten sposób, iż przypiekłszy wrzód miękki czystym, płynnym kwasem karbolowym według Herffa daje na ranę warstwę 1% maści jodoformowej lub skrapia dobrze jej powierzchnię roztworem jodoformu w eterze lub posypuje po prostu jodoformem bardzo miałkim i na to daje porządną warstwę maści, zawierającej 2% azotanu srebrowego i 20% balsamu peruwiańskiego.

Jeżeli używając w ten sposób jodoformu uważa się, by nim nie posypać sukien chorego, unika się zupełnie jego woni. *(La Semaine medicale.* 11. Września 1895).

122. E. Frank (w Berlinie): O leczeniu wrzodu miękkiego formolem. Zdaniem autora formol skutkuje na wrzód miękki równie dobrze, jak czysty, płynny kwas karbolowy a lubo ma tę niedogodność, iż użycie jego sprawia ból, jakkolwiek umiarkowany i krótki, to jednakowoż wynagradza się to nadzwyczaj rychłem zniszczeniem jadu wrzodu miękkiego. Jakoż w 12 godzin po zastosowaniu formaldehidu zapomocą małego tamponu z waty, obwiniętego koło zgłębnika wrzód staje się całkiem suchym i nabiera wejrzenia, jakby powierzchni zmarzłej. Często wystarcza raz tylko zastosować w ten sposób formaldehid, aby sprowadzić zabliźnienie się wrzodu; jeżeli jednak wrzód jest głęboki,

należy w dwa, lub trzy dni później powtórzyć kauteryzacya również za pomocą formaldehidu.

Po użyciu środka, o którym mowa, pokrywa się wrzód miękki małym kompresem z tarlatanu. Po 6 dniach strup oddziela się na sucho i pozostawia ranę równą, dobrze wyglądającą, która goi się zazwyczaj w dwóch dniach.

Po użyciu formolu równie jak po użyciu kwasu karbolowego nie obserwował autor nigdy stwardnienia wrzodu miękkiego. (*La Semaine médicale*. 25. Września 1895).

123. Stoiczew: Działanie prawdziwej dygitaliny w porównaniu z działaniem naparu naparstnicy *(infusum digitalis)* (z kliniki lekarskiej w Bazylei). Dopiero w roku 1875. udało się Schmiedebergowi otrzymać z naparstnicy czystą dygitalinę, Kiliani zaś podał w roku 1892. sposób wyrabiania jej fabrycznie. Pfaff przekonał się w klinice Immermanna, że dygitalina działa moczopędnie, co najmniej w tym samym stopniu, co i naparstnica.

Stoiczew postanowił zbadać na chorych wpływ dygitaliny na narząd krążenia, posługując się w tym celu sfigmochronografem Jaqueta. Rozczyn dygitaliny przez niego do doświadczeń użyty był składu:

Digitalini veri	*0·08*
Spir. vini rectificati	*20·00*
Aquae destil.	*180·00*

MDS. Zażywać cztery razy dziennie po 10 cm.^{3} (po łyżeczce dziecinnej).

Z doświadczeń dokonanych na 13 chorych wnosi autor, że pod względem tak stopnia, jak i rodzaju działania należy się dygitalinie pierwszeństwo przed naparem naparstnicy tudzież, że małe a częste dawki działają lepiej, niż duże a rzadkie. Dawka dzienna od 16 do 20 miligramów zazwyczaj jest dostateczna; można jednak w razie potrzeby dojść do 40 miligramów. (*Deutsches Archiv für klin. Medicin*. Tom 52. Zeszyt 5. i 6.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie administracyjne dnia 2. Lipca 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 19.

Po dłuższej dyskusyi uchwalono zgłosić się na Walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich z następującymi wnioskami:

1. Wniosek kol. Różańskiego: Sekcya lwowska wnosi, by Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. poleciło Radzie zawiadowczej, aby wzięła pod rozwagę, czy wobec pomnożenia ciężarów, jakie mają lekarze przez wejście w życie Izb lekarskich, nie dałoby się obniżyć wkładki do Tow. lek. galic., a jeśli tak, to w jaki sposób?

2. Wniosek kol. Obtułowicza: Sekcya lwowska wnosi, by Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. poleciło Radzie zawiadowczej, aby w porozumieniu z Izbą lekarską poczyniła kroki u Rządu, aby pensya wdów i sierot po lekarzach zmarłych przy stłumianiu chorób zakaźnych i przy wykonywaniu swego zawodu przysłużała nie tylko wdowom i sierotom po lekarzach zostających w służbie rządowej a wynosiła przynajmniej 600 złr.

Sekretarz: *Uhma.*

X. Posiedzenie dnia 20. Września 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 28.

Przewodniczący powitawszy obecnych po przerwie wakacyjnej przedstawił nowego członka Sekcyi, kol. Kowalskiego a następnie zdał sprawę z odbioru książek ofiarowanych bibliotece Sekcyi przez Dra Adolfa Schaeffera, lekarza okręgowego ze Starej Soli i wniósł podziękowanie dla ofiarodawcy, które obecni aklamacyą uchwalili.

Kol. Mehrer przedstawił przypadek *melanosis cutis faciei* u chorej cierpiącej na *melanosarcoma* w okolicy podpępkowej po stronie lewej. W dyskusyi przemawiali koll. Schramm i Stachiewicz, który obserwował podobny przypadek.

Kol. Stachiewicz miał odczyt: *W sprawie krwotoków płucnych i zapalenia płuc aspiracyjnego*. W dyskusyi przemawiali koll. Ziembicki, Kozierowski, Schramm, Wechsler, Skałkowski, Obtułowicz i prelegent.

Kol. Obtułowicz zdał sprawę z epidemii w powiecie lwowskim w III. kwartale 1895 r. Stan zdrowotny był wcale pomyślnym. W dwu miejscowościach koło Jaryczowa pojawiały się tylko sporadyczne przypadki tyfusu osutkowego. Koło Szczerca i Winnik pojawiał się epidemicznie krztusiec. W Zamarstynowie pode Lwowem w domach robotniczych pojawiło się 16 przypadków ospy rodzimej, zawleczonej z Przemyśla; z tych 16 przypadków 10 odstawiono do szpitala lwowskiego. Szybko przeprowadzone szczepienie stłumiło tę epidemię, która, jak się wspomniało, wybuchła w domach przepełnionych napływową ludnością robotniczą. Ludność ta zamieszkuje małe izdebki na jednem podwórzu w liczbie przeszło 1000 osób. Czerwonka nie pojawiła się dotąd epidemicznie w żadnej miejscowości a przed 3 laty sprawdzono ją o tej porze w 50 przeszło miejscowościach.

Sekretarz: *Uhma.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 10. Października 1895 r.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło we środę 9. b. m. zwyczajne posiedzenie, na którem kol. przewodniczący na wstępie poświęcił zmarłym członkom honorowym, L. Pasteurowi i J. Oettingerowi gorące wspomnienie a następnie zawiadomił, iż tablica pamiątkowa dla ś. p. prof. Rydla jest w robocie· jakoteż, że praca nad słownikiem lekarskim postępuje tak dalece, że druk dzieła z początkiem przyszłego roku rozpoczęty być może; poczem kol. prof. Obaliński przedstawił chorego po operacyi wgłobienia jelita. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. Kryński i kol. Bossowski. W końcu miał kol. Słapa zapowiedziany odczyt.

— Zanim damy rozbiór obszerniejszy, donosimy, że znanej i z tak ogólnem uznaniem przyjętej wszędzie *Fizyologii człowieka* opracowanej przez prof. Dra Cybulskiego wyszły w drugiem wydaniu dwie części pierwsze tomu pierwszego, obejmujące rzecz o krwi, limfie, krążeniu krwi i limfy, mięśniach, układzie nerwowym, oddychaniu i trawieniu. Nadzwyczaj niska cena (7 koron czyli 3½ złr. za książkę w wielkiej 8-ce o 540 stronnicach) i wytworne pod względem typograficznym wydanie, przynoszące zaszczyt drukarni uniwersyteckiej w Krakowie, niewątpliwie najstarszej w Polsce, są zewnętrznemi zaletami dzieła, któremu życzymy jak najlepszego powodzenia.

— Kondukt pogrzebowy Pasteura wyruszył w sobotę 5. b. m. o godzinie 10½ rano z *Institut de France* w Paryżu. Na czele wojska, rozpoczynającego pochód, jechał gubernator wojskowy Paryża, jenerał Saussier a przed karawanem niesiono mnóstwo wieńców, między którymi znajdowało się wiele przysyłanych z zagranicy. Za trumną postępowali członkowie rodziny Pasteura, ministrowie, przedstawiciele rozmaitych korporacyj i wiele deputacyj. Orszak pogrzebowy, który posuwał się zwolna wśród niezliczonych tłumów publiczności, stanął w południe w katedrze *Notre Dame*, dokąd przybyli prezydent Rzeczypospolitej francuskiej Faure, W. książę Konstanty, książę Mikołaj grecki i członkowie ciała dyplomatycznego. Po pobłogosławieniu zwłok przez Arcybiskupa paryskiego ustawiono trumnę na katafalku wzniesionym na środku placu *Notre Dame* a minister oświaty Poincaré wypowiedział donośnym głosem mowę podnoszącą zasługi Zmarłego, w której zwrócił uwagę na twórczość, siłę, wytrwałość i sumienność naukową, które były głównemi rysami indywidualności Pasteura. Przytoczywszy słowa Zmarłego: „szczęśliwy kto ma swój ideał i za nim podąża“, przebiegł minister żywot Zmarłego a zakończył swe przemówienie słowy: „Wobec takiej sławy nikną wszelkie zawiści; z pamięcią Jego nierozłączona jest ufność ludzkości w nieskończoność postępu“. Podczas mowy ministra stali: po prawej stronie Prezydenta Faure'a W. książę Konstanty, po lewej książę Mikołaj grecki a otaczali ich ministrowie i członkowie ciała dyplomatycznego. Po skończeniu mowy składali wdowa i rodzina Pasteura podziękowanie ministrowi Poincaremu. Na zakończenie obchodu przedefilowały wojska i deputacye przed trumną, którą złożono tymczasowo w krypcie kościoła *Notre Dame.*

Testament Pasteura, który podano do publicznej wiadomości, brzmi: „Oto moja ostatnia wola; pozostawiam wszystko, czem mi prawo pozwala rozporządzać, mojej żonie. Oby dzieci moje nie zstąpiły nigdy z drogi prawa i obowiązku i stale otaczały swą matkę tkliwością, na którą ona zasługuje. *Pasteur.*

— W Krakowie jest trzech uczniów Pasteura; są nimi profesorowie Bujwid i Walentowicz i Dr. Karol Klecki.

— W dniu 4. b. m. przy nadzwyczajnym udziale publiczności odbył się pogrzeb bł. p. prof. Oettingera, urządzony staraniem i kosztem krakowskiego zboru izraelickiego. Trumnę niesiono na sam cmentarz a karawan pokryty był mnóstwem wieńców, między niemi od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i redakcyi *Przeglądu lekarskiego.*

Nad grobem przemówili prof. Walentowicz jako prezes imieniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego a prof. Cybulski jako dziekan imieniem Wydziału lek. Uniw. Jagiell.

Głos prof. Walentowicza w streszczeniu: *De mortuis nil nisi bene,* mawiali już starożytni. Jakżeż mi dzisiaj łatwo zastosować się do wymienionych słów, by mówić dobrze o zmarłym koledze, którego całe życie było jednem pasmem samych szlachetnych i dodatnich czynów i dążności. Nie moją jednak jest rzeczą wyliczać je i oceniać zasługi nieboszczyka jako lekarza, obywatela i profesora; uczynili to już inni lepsi i wymowniejsi odemnie nierównie. Mnie przypadło tylko w udziale w tym smutnym obrzędzie jako reprezentantowi Tow. lek. krak. przytoczyć, iż zmarły bł. pamięci prof. Dr. Józef Oettinger był naszym najstarszym i najzasłużeńszym członkiem. Należał on do bardzo nielicznych, jeszcze żyjących założycieli naszego Towarzystwa, którego od kolebki był troskliwym opiekunem a gdy przy jego udziale rozwinęło się, stał się jego chlubą i znakomitą podporą, przez całe bowiem szeregi lat, dopóki mu sił starczyło, pracował Zmarły w wielu komisyach a oprócz tego pełnił przez długi czas ciężkie obowiązki redaktora *Przeglądu lekarskiego,* stojąc na straży czystości języka polskiego. Jego wykłady i przemówienia na posiedzeniach naukowych Towarzystwa odznaczały się zawsze gruntowną znajomością rzeczy i krytycznym poglądem a pióro wytwornym stylem. W obejściu z kolegami uprzejmy, skromny i przyjacielski ujmował sobie każdego tak dalece, że śmiało rzec mogę, iż oprócz powszechnego szacunku miał między członkami Towarzystwa tylko samych przyjaciół.

Gdy w roku 1877. Tow. lek. krak. postanowiło wydać słownik terminologii lekarskiej polskiej, jął się wraz z profesorem Janikowskim i Drem Kremerem tej żmudnej pracy, a gdy jego towarzysze przed ukończeniem legli w grobie, niezrażony wytrwał jak ostatni żołnierz na stanowisku i rozpoczęte dzieło doprowadził w r. 1881. do skutku. Tą pracą postawił sobie Zmarły w piśmiennictwie lekarskiem polskiem trwały i stały pomnik, zaskarbiając sobie na zawsze wdzięczność i uznanie kolegów wszystkich ziem całej Polski. Dzisiaj, gdy dzieło jego w zupełności wyczerpane a Tow. lek. o drugie wydanie robi starania, opuścił nas ojciec tego dzieła, zostawiając po sobie lukę trudną do zastąpienia. Ale nie tylko w słowniku, lecz także we wszystkich ważniejszych sprawach Towarzystwa, których tu wyliczać nie będę, zostawił Zmarły niezatarte po sobie wspomnienie. Ażeby choć w części wynagrodzić pracę Zmarłego, Towarzystwo w uznaniu zasług wybrało go prezesem swoim a w końcu odznaczyło największą godnością, jaką rozporządza, t. j. zaliczyło go w poczet swoich członków honorowych.

Żegnam Cię więc z serdecznym żalem w imieniu Towarzystwa lek. krak. i redakcyi *Przeglądu lekarskiego,* zacny i pracowity Kolego! nadmieniając, iż Twoje życie będzie nam długo przyświecało i stanowiło przykład, jak pracować należy.

Następnie przemówił prof. Cybulski: Żałobni Słuchacze! Stoimy nad grobem człowieka, którego prawie całe życie ściśle było związane z naszem miastem i z Uniwersytetem. Urodzony w r. 1818. w Tarnowie, studya gimnazyalne i uniwersyteckie odbywał w Krakowie, gdzie też w r. 1843. został doktorem medycyny a w r. 1850. doktorem chirurgii. Już w rok potem widzimy go jako zastępcę prof. Hechela, wykładającego historyę medycyny i medycynę sądową. Jakkolwiek w tymże roku Wydział lek. proponuje go na profesora tejże katedry, to jednakże Ministerstwo w skutek ówczesnych stosunków politycznych panujących w Wiedniu, propozycyi tej nie przyjęło. Dopiero w r. 1867., gdy zawiały inne prądy w stosunkach władz centralnych w Galicyi, zatwierdzono jego habilitacyę na docenta prywatnego a dopiero w r. 1874. zamianowano go profesorem nadzwyczajnym. Jakież były przyczyny, które bł. p. Oettingerowi przeszkadzały wcześniej rozpocząć swą pożyteczną pracę w naszym Uniwersytecie? Przeszkody te tkwiły w nim samym. Pomimo, że pochodził z rodziny żydowskiej, już podczas studyów gimnazyalnych **u m i ł o w a ł** on język polski, literaturę i historyę polską i nie tylko **u m i ł o w a ł**, ale przez całe swoje życie **b r o n i ł** go od zepsucia i aż do ostatniej chwili był prawie największą powagą w sprawach języka polskiego w Krakowie. Był to żywy przykład, że można wyznawać religię Mojżesza a być najlepszym obywatelem kraju i kochać wszystko, co swojskie, nie mniej, jeżeli nie więcej, niż Polak rodowity, że można wyznawać religię Mojżesza i zarazem dążyć do asymilacyi narodowej; bo chyba największy wróg Zmarłego, a takich zapewne nie ma, nie mógłby mu odmówić, że on był najlepszym synem kraju. W tem jego zamiłowaniu do historyi, języka, w ogóle spraw polskich głównie kryła się przyczyna, z powodu której nie mógł zostać w roku 1851. profesorem. To zamiłowanie do spraw historyi polskiej odbiło się w licznych pracach bł. p. Oettingera, które mają nie drugorzędne znaczenie a dotyczyły bądź historyi medycyny w Polsce, bądź historyi Uniwersytetu, bądź w końcu słownictwa lub języka polskiego.

Pracowity do możliwych granic, serdeczny, uczynny dla kolegów, dobroczynny w mieście dla wszystkich, umarł bł. p. Oettinger, zaskarbiwszy sobie powszechnie miłość i największy szacunek. Strata **t a k i c h** obywateli zawsze jest ciężką, lecz niewątpliwie najwięcej ją odczuje jego strapiona małżonka, która jednakże niech ma tę pociechę, że pamięć o Zmarłym i o Jego zasługach przetrwa przez długie czasy w sercu jego kolegów i wdzięcznego społeczeństwa.

— W roku 1896. w Listopadzie odbyć się ma w Petersburgu kongres syfilidologiczny. Przedmiotem rozpraw będą: 1) Szerzenie się kiły po wsiach; 2) Szerzenie się kiły po miastach; 3) Szerzenie się kiły w wojsku i marynarce; 4) Kształcenie lekarzy do walki z kiłą; 5) Nadzór nad prostytucyą.

— *Nowy Jork 10. Września 1895.* W ubiegłym tygodniu odbył się tu Zjazd sądowo-lekarski, w którym brali udział lekarze i prawnicy zajmujący się medycyną sądową. Cztery kobiety lekarki miały odczyty z zakresu medycyny i psychologii sądowej.

— W Brukseli wybuchła zmowa lekarzy a to z następującej przyczyny: W mieście tem jest 95 kas wsparcia chorych, które razem połączyły się w *fédération des mutualistes* liczącą około 12000 członków, którzy płacą za leczenie siebie i swych rodzin, razem za 50000 osób, po dwa franki rocznie. Ta federacya ma do swej dyspozycyi 20 lekarzy, których dochód roczny z tego tytułu wynosi po 700 do 1400 franków. Do tego przychodzą należytości za czynności nadzwyczajne, jak n. p. 25 franków za pomoc przy porodzie, 2 do 3 franków za szczepienie i t. d. Ogółem jednorazowa pomoc lekarska wypada dla członka owej federacyi od 20 centymów do franka. Ponieważ federacya przyjmowała do swego grona ludzi także zamożnych, mogących płacić przyzwoicie lekarzom, przeto reszta (430) lekarzy brukselskich połączyła się razem w syndykat i zażądała od federacyi usunięcia z niej ludzi zamożnych. Gdy federacya żądania tego nie spełniła, syndykat wywarł taki wpływ na swych 20 kolegów, pełniących czynności lekarskie przy niej, iż ci poskładali swe posady a federacya ujrzała się bez lekarzy. Na starszego lekarza federacyi, pobierającego 4000 franków rocznej pensyi wpłynięto również tak, iż i on złożył swą posadę.

Na czem się skończy ta sprawa, nie wiadomo, ale w tej chwili lekarze są górą przez swą jedność.

— **Miejsce dla lekarza.** W osadzie Czerwieńsku nad Wisłą w gubernii warszawskiej potrzebny jest lekarz. Bliższej wiadomości udzieli aptekarz miejscowy, p. Gierałtowski.

— **Nekrologia.** W Brzeżanach zmarł w 73. roku życia Dr. **Wincenty Szymonowicz**, wysłużony lekarz powiatowy.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 40. **H i g i e r**: Niezwykle rzadka postać zmiennego skrzywienia bocznego kręgosłupa w przebiegu rwy kulszowej. **B. W. S a w i c k i**: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. **H. N u s b a u m**: Medycyna nauką jest czy sztuką? — W *Kronice lekarskiej,* Zeszycie 18. Józef **J a w o r s k i**: Przyczynek do etyologii i patogenezy gorączki połogowej. — W *Medycynie* Nrze 40. **M. B o r s u k**: W sprawie powikłań urethrotomii wewnętrznej Maisonneuve'a. **M. A r n s t e i n**: Przypadek ostrego wynicowania i wypadnięcia macicy, pomyślnie zakończony.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 19. Października 1895 r. Nr. 42.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Prof. Dr. Józef Oettinger.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ponosi w roku bieżącym już drugą stratę, w dniu 2. bowiem b. m. zgasł po ciężkiej i długiej chorobie Dr. **Józef Oettinger**, b. profesor historyi medycyny.

Bł. p. prof. **Oettinger** urodził się 7. Maja 1818 r. w Tarnowie, kształcił się w szkołach publicznych w Krakowie i tu uzyskał stopień doktora medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim w roku 1843. a stopień doktora chirurgii w r. 1850. W zastępstwie chorego profesora, ś. p. Hechella wykładał w półroczu letniem roku 1851. w Uniwersytecie Jagiellońskim historyę medycyny i medycynę publiczną. We dwa lata potem polecił go Wydział lekarski Ministerstwu oświaty na pierwszą z tych katedr, lecz władza z powodów politycznych odmówiła zatwierdzenia, nie dopuściła go także w roku 1862. do stanowiska docenta prywatnego, którym po ustaniu przeszkody został dopiero w roku 1868, mianowany zaś profesorem nadzwyczajnym w roku 1873. Jako członek b. Towarzystwa naukowego krakowskiego był Zmarły członkiem nadzwyczajnym Akademii Umiejętności w Krakowie, członkiem b. Towarzystwa lekarzy podolskich i Towarzystwa lekarskiego warszawskiego a w uznaniu swych zasług członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, którego był także przez rok prezesem. Zmarły był nadto lekarzem naczelnym szpitala izraelickiego krakowskiego i na tem stanowisku odznaczał się sumiennością w spełnianiu swych obowiązków i niezwykle łagodnem i względnem postępowaniem z chorymi. Gdy b. Towarzystwo naukowe krakowskie postanowiło w roku 1862. założyć i wydawać *Przegląd lekarski*, profesor **Oettinger** stał się odrazu jego najczynniejszym współpracownikiem, następnie jednym z redaktorów a w końcu głównym redaktorem aż do przemiany w r. 1872. b. Towarzystwa naukowego krak. w Akademię Umiejętności.

Zmarły profesor **Oettinger** pracował naukowo, czego dowodem cały szereg prac drukiem ogłoszonych, których spis załączamy, utrzymywał się zawsze na wysokości nauki i był wybornym znawcą języka polskiego, którym nie tylko władał po mistrzowsku, ale którego czystości przestrzegał z nadzwyczajną skrupulatnością, lecz bez przesady prowadzącej nieraz do tworzenia dziwolągów językowych, w pismach swoich i w pracach nadsyłanych *Przeglądowi lekarskiemu.* To też gruntowne znawstwo języka polskiego sprawiło, iż Towarzystwo lekar-

skie krakowskie uważając go za powagę na tem polu, poruczyło mu wraz z nieżyjącymi także już teraz prof. Janikowskiem i Drem Aleksandrem Kremerem opracowanie naprzód Uzupełnienia słownika lekarskiego wydanego w r. 1842. przez proff. Majera i Skobla a następnie opracowanie: Słownika terminologii lekarskiej polskiej, który po śmierci obydwóch swych towarzyszy pracy doprowadził w roku 1881. szczęśliwie do końca; z jakim skutkiem, świadczy okoliczność, iż całe wydanie wyczerpano zupełnie w kilku latach.

W życiu społecznem i towarzyskiem odznaczał się prof. **Oettinger** delikatnością w obejściu, pojednawczością i wyrozumiałością tak, iż śmiało rzec można i jak o tem świadczy ogromny udział ludności w jego pogrzebie, Zmarły nie tylko nie miał żadnych nieprzyjaciół, ale nawet i sobie niechętnych.

Spis prac profesora **Oettingera**:

a) *Prace lekarsko-historyczne.*

Jos. Struthii med. posn. vita et duorum ejus operum... bibliographico-critica disquisitio. Cracoviae 1843., str. V. i 168. z ryciną.

Umiejętność lekarska wobec szkół i t. d. Kraków 1863, w 8-ce, str. XVI. i 182.

Kilka wspomnień z dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. Kraków, *Przegląd lek.* 1874—1876.

Rys dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. i t. d. Część I. od założenia Uniwersytetu aż do końca XVI. stulecia. Kraków 1878. in 8°, str. 212. (Odbitka z VI. tomu Rozpraw Wydz. filolog. Akad. Umiej. str. 183—424.

Nieco z dziejów lek. przedhistorycznych. (Wyjątek z rękopisu obszerniejszego). *Przegląd lek.* 1879.

Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnej krytyki. *Przegląd lek.* 1879.

Zapiski lekarskie ze stulecia XVI. ze spółczesnego rękopisu łacińskiego zebrał i przełożył. Tamże 1880.

b) *Prace historyczno-lekarskie popularne.*

O przesądach lek. Kraków 1867, in 8°, str. 28. (Odbitka z *Przeglądu Polskiego.* Lipiec 1869).

O obłędach pospólnych 1868. Kalina, streszczenie wykładu publicznego.

Rzut oka na najcelniejsze nabytki doświadczenia lek. Kraków 1870. (Odbitka z *Przeglądu Polskiego*, w 8-ce, str. 34).

c) *Epidemiologia.*

Cholera nagminna w Krakowie w r. 1866. Sprawozd. urzędowe 1867. in 8°, str. 33.

Przyczynek do obrazu epidemiologicznego m. Krakowa w ciągu 25-lecia od 1844—1868. *Przegląd lek.* 1869.

Rzut oka na ruch chorych i chorób w szpitalu izraelickim krakowskim. *Przegląd lek.* 1871.

Dżuma w Europie w stuleciu bieżącem i przeszłem. (Dwutygodnik med. publ. 1879).

Uwagi nad głównemi dziś chorobami nagminnemi: gorączką powrotną w Rosyi i zapaleniem opon mózgordzeniowych w Niemczech. *Przegląd lek.* 1865.

d) *Medycyna publiczna.*

Prawidła ochrony osobistej od cholery zalecone i ogłoszone przez Komisyę zdrowia Rady m. Krakowa 1866.

e) *Kazuistyka lekarska.*

Róg na głowie niewiasty. *Przegląd lek.* 1862.

Obłąd ośmiodniowy po pobycie w izbie napełnionej wyziewami chloroformu. Tamże.

Cięcie przepuklinowe wykonane pomyślnie. Tamże.

Opis przypadku gruźlicy z urazem rdzenia przedłużonego i t. d. Tamże.

Spostrzeżenia lek. ze szpitala izrael. w Krakowie z roku 1858. Tamże, 1863.

Przewrotny układ wnętrzności i t. d. na żywym rozpoznał i opisał. Tamże. 1863.

Przypadek uwięźnienia nerki opadłej. Tamże, 1864.

Wiadomość o rozeznanem na żywej osobie przewrotnem ułożeniu trzew i t. d. Rocznik Tow. naukowego krak. Tom VI. 1866, str. 33.

Przypadek rozmiękczenia kości. *Przegląd lek.* 1868.

Obłąd przemijający śród zimnicy. Tamże, 1873.

Zgorzelina palców rąk śród cierpienia sercowego. Tamże, 1873.

Niedomoga sercowa ostra. Tamże.

Rozkurczowe brzmiące drganie w ujściu tętnicy głównej. Tamże, 1874.

f) *Sprawozdania i krytyki naukowe.*

Krytyki i rozbiory różnych dzieł lekarskich i czasopism, zamieszczone przeważnie w *Przeglądzie lek.*, niektóre w odcinku *Czasu*; 1863 i 1883, także w *Przeglądzie krytycznym.*

g) *Prace lingwistyczne.*

Niektóre ważniejsze właściwości polszczyzny w porównaniu z mową niemiecką. Kraków 1869, in 8°, str. 36. (Odbitka z XI. tomu Rocznika Tow. nauk. Kraków 1869).

Uzupełnienie słownika Majera i Skobla, spólnie z prof. Janikowskim i A. Kremerem. Kraków 1876, str. 130.

Słownik terminologii lek. polskiej, spólnie z A. Kremerem i St. Janikowskim. Kraków 1881, str. XVI.—538.

h) *Przekłady.*

Księga Hippokrata o powietrzu, wodach i miejscach, z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył. *Przegląd lekarski* 1880.

Dra Jana Kundrata wykład objaśniający do anatomicznych tablic ściennych (przeznaczonych dla szkół) z niemieckiego w Wiedniu 1872.

Ostateczna redakcya przekłady pedyatryi prof. Steinera spólnie z prof. Drem M. Jakubowskim: Rys nauki o chorobach dzieci i t. d. Kraków 1877, str. 394.

i) *Biografie.*

Skobla, Dietla, St. Janikowskiego, Brodowicza, Andrz. Janikowskiego, Herbicha, Jakubowskiego, Girsztowta, Wunderlicha, Traubego (w *Przeglądzie lekarskim*).

Domański.

II. Doświadczenia nad rozpoznaniem gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny.

Podał

O. BUJWID.

Znaną jest powszechnie trudność rozpoznania wczesnych okresów gruźlicy. Trudność ta jest tak wielką, że najwprawniejsi klinicy mylą się częstokroć i rozpoznają gruźlicę wówczas dopiero, gdy sprawa zaszła już bardzo daleko, gdy całe płaty płuc już są zajęte. Nad rozwiązaniem kwestyi rozpoznawania gruźlicy pracowali bez skutku liczni badacze. Niedawno w tej mierze miał bardzo wyczerpujący odczyt Grancher; dochodzi on do wniosku, że wczesne stadya gruźlicy ludzkiej najlepiej dadzą się rozpoznawać za pomocą tuberkuliny.

Istotnie rozpoznanie za pomocą tuberkuliny stanowić powinno jedną z najważniejszych metod pomocniczych. Badania, które w tym względzie porobiono, przekonywają, że ostrożne stosowanie tuberkuliny zupełnie nie szkodzi. Do obecnej chwili ja sam obserwuję kilka osobników poddanych przed paru laty działaniu tuberkuliny, bez żadnej szkody dla zdrowia.

Jeżeli rozpoznanie gruźlicy u ludzi stanowi trudność poważną, o ileż trudniejszem jest ono u zwierząt a w szczególności u bydła.

U człowieka rozpoznanie możliwe jest przynajmniej przez mikroskopowe badanie plwociny; u zwierząt droga ta jest całkowicie zamkniętą. Mianowicie wczesne stadya gruźlicy w zupełności nie ulegają rozpoznaniu. Przed kilkoma miesiącami podałem streszczenie prac Nocarda nad gruźlicą [1]). Przytoczone są tam przykłady daleko posuniętej a nierozpoznanej gruźlicy, n. p.: opasowy wół, nagrodzony na konkursie, kupiony za 880 fr. na rzeź, po zabiciu okazuje się tak dalece opanowanym przez gruźlicę, że mięso zostaje zniszczone. I dużo podobnych przykładów przytacza Nocard i inni badacze, zkąd widać, jak bezsilne są dotychczasowe metody.

Przed trzema laty zwróciłem już uwagę, że u zwierząt gruźlicą doświadczalnie zaszczepioną dotkniętych, bardzo prędko wykazać można uogólnienie się sprawy za pomocą wstrzyknięcia tuberkuliny. Doświadczenia robiłem wówczas przeważnie na drobnych zwierzętach: morskich świnkach i królikach i u tych odczyn gorączkowy po wprowadzeniu tuberkuliny występował stale.

Zachęcony wynikami Nocarda w pracy powyższej już wzmiankowanej, zalecałem wypróbować i u nas działanie tuberkuliny. Gruźlica u bydła, jak wiadomo, jest bardzo rozpowszechnioną, bydło zaś obficie mleko dające jest szczególnie na ten zarazek wrażliwe, tak dalece, że gdziekolwiek do obory dostanie się przypadkowo sztuka gruźlicza a mianowicie, jeżeli to jest buhaj rozpłodowy, natenczas gruźlica szerzy się, z początku skrycie, coraz bardziej i nie pozostaje nieraz nic innego, jak całkowicie zmienić hodowlę a co gorsza, rozpocząć hodowanie rasy mało mleka dającej, zwykle na gruźlicę nie tyle wrażliwej.

[1]) Wyczerpującą literaturę odnośną opracował prof. Królikowski. Przegl. Weter. 1893.

Dzięki zaleceniu prof. Adametza a uprzejmości p. J. Wiktora, właściciela dóbr Czudca, gdzie od lat wielu prowadzi się wzorowa obora zarodowa, uzyskałem możność zastosowania tuberkuliny na szerszą skalę. Z początku zrobiliśmy próbę na kilkunastu sztukach odpowiednio wybranych, później zaś zastósowaliśmy tuberkulinę w 3 oborach folwarków na 154 sztukach wyborowego bydła, przeważnie holenderskiej rasy.

Nadmienić tutaj muszę, iż dzięki starannej hodowli tu zaprowadzonej prawie bez wyjątku wszystkie sztuki są doskonale odżywione tak, iż zupełnie nie zdradzają zachorowania a nawet sztuki gruźlicą dotknięte ulegają samodzielnemu wyleczeniu, jak o tem przekonywa jedna z niżej podanych obserwacyj; sztuki zaś podejrzane bywają usunięte od obcowania z bydłem zdrowem, skoro tylko pierwsze podejrzane objawy wystąpią.

Oboje Państwo Wiktorowie okazali tyle gotowości do ułatwienia, ile możności doświadczeń, że w znacznej części pewność otrzymanych wyników temu zawdzięczyć należy. Szczególnie pani W. dostarczyła nieocenionych wskazówek, dzięki którym mogliśmy łatwo oryentować się w szczegółach dotyczących wieku, pokrewieństwa, czasu przebywania w jednej oborze i t. p. Techniczną stronę szczepień przyjął na siebie weterynarz miasta Strzyżowa, p. J. Jerwa, którego gorliwości zawdzięczyć należy ścisłość obserwacyi. Pomiary termometrem wykonaliśmy przy pomocy p. L. Dzierżanowskiego, administratora i p. Pawikowskiego. Dzięki tej chętnej i umiejętnej pomocy wyniki otrzymane istotnie przeszły moje oczekiwania a jakie były, postaram sie w krótkości opisać.

Przedewszystkiem po wspólnem porozumieniu się wybraliśmy do przedwstępnej próby dwanaście sztuk, z których 6 było zupełnie zdrowych, 6 zaś napozór podejrzanych, nieco starszych, w części o mizerniejszem wejrzeniu, jakkolwiek istotnie wszystkie sztuki, nawet podejrzane były dobrze odżywione. 13. Maja o godz. 4—6 popołudniu przy pomocy Dra Kaczyńskiego, mego Asystenta, zaszczepiliśmy wszystkim tym sztukom tuberkulinę w ilości 0·2—0·3 grama, rozcieńczona wodą wyjałowioną. Tuberbulina była przygotowana przeze mnie w Zakładzie higienicznym w Krakowie, podług sposobu opisanego przezemnie w r. 1892.

Następnego dnia, t. j. od godz. 6—10 rano, w 12 do 18 godzin po szczepieniu tuberkuliny rozpoczęliśmy pomiary termometryczne. Reakcyę wynoszącą 1·5—2 C⁰ ponad normę (przed szczepieniem średnio 38·5, po szczepieniu 40·3), wykazały 4 sztuki, z nich 1 uważana za zdrową i 2 z podejrzanych.

Zdrowa sztuka, doskonale odżywiona, 4 lata, Borówka, na pozór nie przedstawiała nic podejrzanego. Objawy przysłuchowe i wypukowe również nie istniały. Ponieważ u niej nikt nie przypuszczał możliwości gruźlicy, więc wszyscy byliśmy pewni, że nas tuberkulina zawiodła. Państwo Wiktorowie dla zdecydowania sprawy poświęcili tę sztukę na zabicie, którego też zaraz dokonano.

Przy nadzwyczaj drobiazgowej autopsyi, wykonanej przez nas wspólnie z p. Jerwą, wobec p. Wiktorów oraz p. Pawlikowskiego, po długich poszukiwaniach wykryliśmy jedno drobne ognisko serowate, zwapniałe w dolnej części prawego płuca i podobne, drobne ognisko w wątrobie wielkości laskowego orzecha. Żadnych innych zmian nie wykryto. Oba te ogniska po przywiezieniu do zakładu mego w Krakowie

zostały zbadane mikroskopowo i cząstki zaszczepiono 4 świnkom morskim. Po miesiącu 2 świnki szczepione ogniskiem z wątroby przedstawiały typową gruźlicę, 2 szczepione cząstką ogniska z płuca zostały zdrowe. Nadmienić należy, że mikroskop nie uwydatnił zarazka; tak małą widocznie była jego ilość nawet w ognisku gruźliczem w wątrobie. Poniżej wrócimy jeszcze do tej obserwacyi. Zachęceni tym wynikiem, poddaliśmy próbnemu szczepieniu 98 sztuk bydła holenderskiego i krajowego w dniu 20. Maja b. r. Z nich 17 sztuk pokazało reakcyę w mniejszym lub większym stopniu.

Postanowiliśmy wówczas dla stwierdzenia rozpoznania zabić roczniaka buhaja, który reagował na 1·5° C., i drugą sztukę, którą ze względu na wejrzenie uważano za podejrzaną, a która jednak pomimo dwukrotnego wstrzyknięcia tuberkuliny wcale nie reagowała.

Po zabiciu i szczegółowem rozpatrzeniu narządów buhaja, znaleźliśmy jeden drobny guzik w płucu, żadnych zaś zmian w innych narządach nie było z wyjątkiem powiększonych nieco gruczołów oskrzelowych. Guzik ten był drobnem, świeżem ogniskiem wielkości małego laskowego orzecha; również, jak i dawniej znalezione ogniska w wątrobie u poprzednio zabitej sztuki, pod wpływem tuberkuliny był on otoczony przekrwioną tkanką, co już na oko ułatwiało rozpoznanie. Dla wszelkiej pewności i w tym przypadku poddałem go badaniu mikroskopowemu i zaszczepiłem cząstkę z niego dwom świnkom morskim. Mikroskop w tym przypadku wykrył bardzo nieliczne bakterye gruźlicze, świnki morskie jednak obie już po miesiącu przedstawiały wybitną gruźlicę.

(Dokończenie nastąpi).

III. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Przypadek II. L. prot. 89. z r. 1895. M. R. przyjęta do kliniki 4. Lutego, wieśniaczka, lat 25, zamężna od 5 lat, rodziła raz przed 4-ma laty i przebyła połóg prawidłowy. Od 17-go roku życia miesiączkowała regularnie; dopiero przed rokiem wstrzymał się peryod na dwa miesiące, poczem doznała w podbrzuszu gwałtownych bólów, dreszczu i gorączki, co ją w łóżku przytrzymało przez dwa miesiące. Następnie czuła się zdrową i miesiączkowała regularnie aż do Października 1894. r. W Listopadzie nie było regularności; w połowie Grudnia wystąpiły bardzo silne bóle dołem i w krzyżach, które acz w słabszym stopniu utrzymują się dotychczas. W połowie Grudnia pojawił się odpływ krwawy, który dotychczas nie ustał.

Stan obecny: W sutkach zrazy gruczołowe wyraźne przy ucisku wydzielają krople kleju; obwódka ciemniej zabarwiona. Linia środkowa na brzuchu naznaczona. Nad pachwinami i spojeniem łonowem żadnego nadzwyczajnego oporu. Na błonie śluzowej przedsionka i pochwy przebija sinawe zabarwienie; ściany pochwy wyraźnie rozpulchnione. Część pochwowa długa na $1^1/_2$ falangi, obła i nieco pulchna znajduje się niżej i zwrócona jest ujściem zewnętrznem ku stronie lewej. Trzon macicy jest wyraźnie grubszy i odgina się ku stronie prawej, oraz ku tyłowi. Od strony lewej daje się wybadać przez sklepienie przednie i boczne guz okrągławy wielkości cytryny, w wysokości wchodu miednicy położony, o powierzchni nie całkiem gładkiej. Guz ten miękawy, miejscami elastyczny jest ruchomy i przechodzi ku macicy w cienki postronek długości kilku cm. Jajników wybadać nie można; prawdopodobnie wchodzi jeden z nich w skład opisanego guza, gdyż w jednem miejscu od tyłu znajduje się wyniosłość zbitsza, postacią jajnik przyrosły przypominająca. Długość macicy wynosi 7 cm.; zgłębnik wykazuje wyraźnie na błonie macicy nierówności.

Rozpoznanie: *Graviditas extrauterina tubaria II mensium.*

Laparatomia wykonana 7. Lutego 1895. Po przecięciu ściany brzusznej okazało się, że macica nieco powiększona odgięta jest ku tyłowi, że jej *adnexa* prawe zachowują się prawidłowo a po stronie lewej rozszerza się koniec brzuszny trąbki w guz wielkości małej pomarańczy, czerwono-brunatno zabarwiony, wolny od zrostów, łatwo przeto ruchomy. Reszta trąbki, dążącej ku macicy zachowuje się prawidłowo; jajnika lewego znaleść nie można, gdyż widocznie wchodzi w skład guza.

Uniósłszy guz ten na zewnątrz rany podwiązałem przylegającą do niego część więzadła szerokiego czterema podwiązkami jedwabnemi przy pomocy igły Dechampa, poczem guz odciąłem. Macicę odprowadzoną w prawidłowe położenie przyszyłem następnie do otrzewny przedniej ściany brzusznej (*ventrofixatio*) w sposób, jak się to zwykle odbywa w klinice krakowskiej, a który opisał asystent kliniczny Dr. L Świtalski w *Przeglądzie lek.*, poczem spoiłem ranę brzuszną. Przebieg pooperacyjny całkiem był prawidłowy i bezgorączkowy. Pacyentka wyszła z kliniki zdrowa 2. Marca 1895.

Badanie guza wyjętego z jamy brzusznej wykazuje zbitość jego niejednostajną i powierzchnię falistą, na której w długości prawie 4 cm. przebiega trąbka Fallopiego z guzem zrosła, aż przechodzi w ścianę guza. Jajnika na powierzchni guza makroskopijnie nie widać, ale badanie drobnowidowe tylnej ściany guza wykazało wyraźnie utkanie jajnika. Po przecięciu guza w środku jego znajdowała się jama, wypełniona płynem surowiczym a w jamie tej zarodek, odpowiadający mniej więcej 2 miesiącom rozwoju, zawieszony na pępowinie na centymetr długiej. Jama wysłana jest błoną owodnią. Na przekroju poprzecznym ściany guza widać, idąc od wewnątrz ku zewnątrz *amnios*, *chorion* z kosmkami wśród przestworu wypełnionego skrzepami krwi, dalej *decidua* (z charakterystycznemi komórkami a najbardziej na zewnątrz włókien mięśni gładkich, grubą warstwę tworzących, bez porządku ułożonych). Płaski nabłonek otrzewny na powierzchni zewnętrznej guza można było wykazać tylko miejscami.

Z badania tego wynika, że jaje płodowe rozwijało się w ampulli trąbki, zamieniając jej błonę śluzową na błonę doczesną. Jajnik, który znajdował się poza kielichem, zrósł się z tylną powierzchnią guza. Pokład mięśni gładkich trąbki w skutek wzrostu jaja płodowego uległ silnemu przerostowi, tworząc grubą bardzo warstwę.

Przypadek III. L. prot. 85. z roku 1895. E. K., lat 35, zamężna od lat 18, rodziła 4 razy prawidłowo; po raz ostatni przed 7 laty. Aż do Marca 1894. czuła się zdrową i miesiączkowała regularnie. W Marcu dostała dreszczu i gorączki w czasie, gdy miała się pojawić regularność, która się spóźniła o 2 tygodnie. Od tego czasu już się zdrową nie czuła. W Czerwcu opóźnił się peryod znowu o 2 tygodnie, poczem rozpoczęło się krwawienie, które w stopniu miernym trwało przez 20 tygodni; krwawieniu towarzyszyły bóle początkowo, jakby porodowe, następnie ostre, kłujące w okolicach pachwinowych obok bólu tępego ciągłego w krzyżach. Bóle te utrzymują się dotychczas ciągle. 17. Października przyjętą została pacyentka do kliniki ze stanem podgorączkowym, ale już nie krwawiąc.

Rozpoznano: *Exsudatum para- et perimetriticum ingens.*

Zastosowano spokój ciała, okłady wysychające i czopki z morfina, dla braku jednak miejsca przeniesiono chorą do szpitala 2. Listopada, gdzie do dnia 29. Stycznia 1895. pozostawała. W czasie tym leczono ekssudat okołomaciczny i przymaciczny w sposób zwykły spokojem ciała i okładami wysychającymi, dopóki trwał stan podgorączkowy, a następnie ichtyolem zastosowanym w gałkach do pochwy i w maści na podbrzusze, kąpielami ciepłemi, aż wreszcie przystąpiono do mięsienia według metody Thure Brandta. W czasie mięsienia, wykonywanego przez sekundaryusza oddziału, Dra F. Kośmińskiego, ustępował wysięk dość szybko a w miarę tego zaczęły się coraz wyraźniej wyłaniać dwa guzy odrębne, blisko macicy położone, na które mięsienie już żadnego wpływu nie wywierało. Badanie wykazało teraz, że jeden z tych guzów po prawej stronie macicy i w wysokości wchodu miednicy położony a od macicy rowkiem wyraźnie oddzielony, jest wielkości pięści męskiej, kulisty, wyraźnie ograniczony, elastyczny, niebolesny, nie wiele jednak ruchomy. Tumor ten dochodzi do połowy tylnego sklepienia, którego drugą lewą połowę zajmuje guz drugi, rozciągający się ku lewej ścianie bocznej miednicy i ku przodowi, nie dający się ściśle ograniczyć, ale mniej więcej także wielkości pięści, całkiem nieruchomy, bardzo bolesny, o powierzchni nierównej i zbitości niejednostajnej. Macica znajduje się między obydwoma guzami ku przodowi nagięta, ruchoma i nieco powiększona. Pochwa jest mocno rozpulchniona, jej błona śluzowa nie okazuje jednak wyraźnego zabarwienia sinego; z sutków daje się wydobyć kilka kropel kleju. Tu wypada dodać, że z powodu długiej choroby odżywianie chorej było liche, osłabienie ogólne dość znaczne, i że chora przebyła w Grudniu 1894. roku i Styczniu 1895. roku miesiączkę skąpą, po dwa dni trwającą.

Na podstawie powyżej opisanego wyniku badania można było rozpoznać: *cystis ovarii dextri*, *exsudatum para- et periuterinum sinistrum;* co się zaś tyczy przyczyny, która sprowadziła wysięk po stronie lewej i tak go długo podtrzymywała, tej można się było ledwie domyślać. Uwzględniając wywiady i przebieg choroby, uwzględniając powiększenie macicy, obecność kleju w sutkach, oraz wzmiankę chorej, iż w Czerwcu, gdy się jej regularność wstrzymała, uważała się za ciężarną, objawiłem przed operacyą zdanie, iż najprawdopodobniej guz po stronie lewej jest następstwem zmian wytworzonych w skutek przerwanej ciąży zamacicznej.

Pod względem leczniczym wskazaną była celiotomia, gdyż domagał się jej bezwzględnie torbiel prawego jajnika; guz zaś lewy, aczkolwiek co do jego przyrody nie było pewności, nie tworzył żadnego przeciwwskazania, — wręcz przeciwnie tylko otwarcie jamy brzusznej mogło ostatecznie jego istotę wyjaśnić i usunięcie umożliwić. Przeniesiono zatem chorą ze szpitala do kliniki, gdzie Dr. Kośmiński wykonał operacyę 8. Lutego b. r. Po przecięciu ściany brzusznej okazało się, że macica nieco powiększona nagiętą była ku przodowi; po stronie jej prawej znajdował się tumor elastyczny, wielkości dobrej pięści, przyrosły do tylnej blaszki więzadła szerokiego i do dna Douglasa, oraz zachodzący nieco poza macicę. Trąbka po tej stronie znacznie była wydłużona, pokręcona, ampułkowato rozszerzająca się ku ujściu brzusznemu zupełnie zamkniętemu. Po stronie lewej trąbka jest także wydłużona, rozszerza się blisko końca brzusznego i przechodzi bezpośrednio w tumor wielkości dobrego jaja strusiego, który jest przyrosły do dna zatoki Douglasa, do tylnej blaszki więzadła szerokiego i do bocznej ściany miednicy. Jajnik lewy przylegał ściśle do tumoru lewego i był z nim zrosły. Rozpatrzywszy się w tych stosunkach oddzielono torbiel jajnikowy prawy od otoczenia, przerywając zrosty na tępo palcami, poczem odpowiednią część więzadła szerokiego podwiązano czterema jedwabnemi ligaturami i odcięto torbiel wraz z trąbką. Na tępo również oddzielono tumor lewy od otoczenia a udało się to łatwiej, niż się obawiano, zrosty bowiem, acz bardzo były rozległe, łatwo się przerywały. Pokazało się przytem, że guz był wielkości jaja strusiego, że wychodził z bardzo rozszerzonego końca brzusznego trąbki lewej i miał jako osłonę na powierzchni grubą warstwę wypociny włóknikowej. Odcięto go wraz z częścią trąbki, podwiązawszy poprzednio część więzadła szerokiego w podobny sposób, jak po stronie prawej.

Badanie anatomiczne wyciętych guzów wykazało, że guz prawy był cystą jajnikową jednokomorową, wypełnioną treścią jasną, gęstości syropu, guz zaś lewy wykazywał na przekroju same stare skrzepy krwi, otoczone częściowo ścianą końca brzusznego trąbki, częściowo zaś wypociną włóknikową, która w warstwie grubej guz pokrywała. Jamki wyścielonej owodnią, jak w przypadku II., nie znaleziono na przekroju guza, ale w płatkach, pochodzących ze ściany guza, udało się Drowi Świtalskiemu, który poddał skrawki badaniu histologicznemu, wynaleść kosmki kosmówki i tem poprzeć domysł, że guz ten pochodził z ciąży zamacicznej, a mianowicie z jaja płodowego, które się w kielichu trąbki lewej rozwijało i prawdopodobnie w skutek poronienia z trąbki wywołało krwistek *(haematocele)* śródotrzewnowy, ograniczony, z następowem zapaleniem otrzewny przyległej. Obie trąbki były zgrubiałe w swych ścianach; błona śluzowa ich przewodów obrzmiała i pofałdowana.

Przebieg pooperacyjny, o ile dotyczył rany i brzucha, zupełnie był normalny; w czasie rekonwalescencyi jednak rozwinęła się gruźlica, z powodu czego chora przeszła do kliniki chorób wewnętrznych. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV.

KILKA UWAG
o stosowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych męzkich.

Podał

M. Misiewicz w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Stosując przez długi czas mięsienie narządów i powłok brzusznych, dziwiłem się nieraz nader małym postępom i wysiłkom moim, oraz innych kolegów. Mięsienie robiono dobrze, z zachowaniem wszelkich prawideł. Dopiero po zastosowaniu ruchów biernych i duplikowanych (z oporem) wyniki okazały się doskonałemi. Ruchy gimnastyczne, podobnie jak i mięsienie przyśpieszają obieg krwi, obrót limfy, przemianę materyi, usuwają zanik mięśniowy, a że układ mięśniowy jest w nader ścisłym związku z nerwami, wpływają więc one i na narząd nerwowy. Birch-Hirschfeld twierdzi, iż dodają one odwagi i poczucia siły chorym melancholikom i psychicznie bezwładnym. Ruchy więc bierne, umiejętnie wykonane nie tylko uzupełniają mięsienie, ale tam, gdzie chodzi o skutek rychły, są zabiegiem niezbędnym. Z drugiej znów strony wykazały doświadczenia Zabłudowskiego, iż ruchy gimnastyczne tylko po mięsieniu w wielu przypadkach dadzą się przeprowadzić a odnosi się to przedewszystkiem do mięsienia narządów miednicy.

I tu zachować należy prawidła przy mięsieniu przytoczone, t. j. pamiętać o umiejętnem zastosowaniu siły, zupełnem rozluźnieniu powłok brzusznych, głębokiem, spokojnem oddychaniu pacyenta i uwzględnianiu własności każdego przypadku. Nie należy też zapominać o mimowolnych skurczach mięśniowych, nieraz połączonych z uczuciem bólu a występujących w razie zmęczenia chorego, lub zbytniego wysiłku

pewnej grupy mięśniowej; wtedy należy przerwać ruchy na kilka minut i ćwiczenia w tej mierze ograniczyć o ile można.

Do najważniejszych dla jamy brzusznej ruchów biernych należą następujące:

1) Chory chwyta wyciągniętemi ramionami i rękami rek wiszącej drabinki, lekarz zaś kładzie ręce po obydwóch stronach miednicy i obraca nią kilka razy w prawo i tyleż w lewo, starając się wykonać ruchy koliste. Chory przytem spokojnie stać powinien na miejscu (*Klafterstehend Huftrollung* Zaudera).

2) Chory klęczy na poduszce, z rękami opartemi na biodrach, lekarz staje z tyłu, chwyta go obydwiema rękami pod pachy i prędko obraca tułowiem ku lewej i prawej stronie 10—12 razy. Thure Brandt opiera przytem swe lewe kolano o kość krzyżową pacyenta i z pewną siłą uciska ją w ten sposób, iż całą miednicę wysuwa stopniowo ku przodowi, poczem obraca tułowie naprzemian na prawo i na lewo 10—12 razy. (*Kniestehend Beckendrehung* Zaudera, *Niedrigbogenspaltknieend Schraubendrehung* Thure Brandta).

3) Chory w pozycyi leżącej zgina cokolwiek jedne nogę w stawie kolanowym. Lekarz chwyta lewą ręką za stopę, prawą za kolano i wykonywa nogą 6—8 ruchów kolistych obrotowych na prawo i tyleż na lewo, nie przechodząc nigdy l nii środkowej. (*Halbliegend Oberschenkelrollung*).

Rękoczyn ten kończy się silnem zginaniem i wyprostowywaniem kości udowej w stawie biodrowym, t. zw. *Halbliegend Oberschenkelbeugung und Streckung* (Zander).

4) Chory ma nogi wyprostowane w pozycyi leżącej. Lekarz chwyta jedną ręką za piętę, drugą za kość rzepkową i podnosi powoli wyprostowaną w stawie kolanowym kończynę ku górze tak wysoko, jak to się okaże możliwem, t. j. póki na to pozwalają zginacze goleni, popadające wskutek tego rękoczynu w mimowolny skurcz, nerw zaś kulszowy (*ischiadicus*) przytem mocno rozciąga się. Zabieg ten jest bardzo skutecznym w wysiękach i złogach zapalnych jamy miednicy, ugniatających nerw kulszowy. Stanowi on przejście od ruchów biernych do t. z. duplikowanych, czyli ruchów biernych z oporem (*Widerstands-Bewegungen*).

Z tych ostatnich najczęściej stosuję tylko następujące, jako bezpośrednio działające na muskulaturę brzucha i miednicy:

1) Dla wywołania napływu krwi tętniczej do miednicy wykonywa się obroty miednicy na prawo i lewo z oporem w kierunku przeciwnym ze strony chorego. Chory trzyma się za nieruchomy wałek lub inny przyrząd, lekarz staje z tyłu i kładzie prawą rękę na *crista ilei dextra*, lewą zaś na okolicę pachwinową lewą i robi obroty wyżej wspomniane na lewo, zmieniwszy zaś ręce w kierunku przeciwnym, robi takież ruchy na prawo. (*Stützspaltstehend Beckendrehung*).

2) Chory trzyma się za wałek drabinki, lekarz staje z tyłu, opiera obiedwie ręce o biodra i wykonywa, przy oporze ze strony chorego, tak długo ucisk, aż tułów, pierwotnie na $^1/_2$ metra od drabinki oddalony, zbliży się zupełnie do niej, poczem chory z pewną siłą wraca do pierwotnego położenia, starając się zwalczyć opór ze strony lekarza. Ćwiczenie to wskazanem jest w osłabieniu mięśni brzucha i lędźwi. (*Stützspaltstehend Beckenniederdrückung*).

3) Dla wzmocnienia mięśni pęcherza moczowego używam następującego ćwiczenia. Chory siada na niskiej ławce i nachyla się i zgina tułów na dół a równocześnie odwraca je cokolwiek na prawo. Lekarz staje z tyłu, kładzie ręce na barki i stara się wyprostować tułów ku górze i jednocześnie wykręcić na lewo.

4) Ćwiczenie dla *ileopsoas*, polega na następującym rękoczynie. Chory leży na wysokiej ławce, z nogami wyprostowanemi w kolanach. Lekarz chwyta obie nogi, przyczem następuje powolne ich podnoszenie przez chorego przy małym oporze ze strony lekarza. Ćwiczenie to jest bardzo męczące i nie powinno być więcej nad dwa razy na jednem posiedzeniu wykonane.

Można też wzmocnić *ileopsoas* w ten sposób, iż chory odsunąwszy się o dwa kroki od ławki, opiera się potem o nią obydwiema rękami, lekarz zaś stojąc za nim chwyta jedną nogę i każe choremu unosić ją piętą ku górze, przyczem stawia się temu ruchowi niewielki opór. To samo powtarza się z drugą nogą.

Dla zreponowania przepukliny (*hernia*) często używam bardzo skutecznego rękoczynu: chory leży, jedno kolano cokolwiek zgięte, drugie zaś, odpowiadające przepuklinie uniesione do góry w ten sposób, aby kość biodrowa była pod kątem mniej więcej prostym do osi kości krzyżowej. Chwytam wtedy dłonią prawej ręki za grzbietową powierzchnię stopy i staram się nogę naciskać ku dołowi a kąt w stawie biodrowym zmniejszyć.

Przy wykonywaniu tego ćwiczenia na trupie widocznem jest powolne rozluźnianie się pierścienia pachwinowego, oraz skurcz mięśni, utrudniających wypadanie trzew.

5) Ćwiczenie dla mięśni ksobnych uda (*adductores femoris*) wykonywam w następujący sposób. Chory staje tyłem do drabinki i chwyta od tyłu za szczebel, lekarz staje z boku i chwyta za stopę obydwiema rękami, starając się przyciągnąć ją na zewnątrz, przy wyprostowaniu kolana, przyczem chory wykonywa ruch przeciwny, t. j. stara się nogę przyciągnąć do siebie. To samo powtarza się i z drugą kończyną.

6) Gdy chodzi o jednoczesne wzmocnienie mm. ksobnych, *ilepsoatis* i abduktorów, każemy choremu zawiesić się na szczeblu drabiny, chwytamy prawą ręką lewą stopę, lewą zaś kładziemy na prawej pięcie i wykonywamy silny ruch odsiebny obydwóch nóg jednocześnie na zewnątrz, przyczem chory stawia opór i przyciąga nogi do siebie. (*Hangend Schenkelabduction und Adduction* Zaudera).

7) Ćwiczenie dla mm. wyprostnych uda i dla mm. międzykrocza: chory opiera się o wałec drabinki i zgina silnie nogi w stawie kolanowym. Wtedy lekarz kładzie jedną rękę na krzyż, drugą na dolną okolicę jamy brzusznej i stara się utrzymać go w klęczącej pozycyi; chory przytem usiłuje podnieść się, wychylić się ku przodowi i wyprostować kolana.

8) Ćwiczenie dla *levator ani*, *bulbo-cavernosus* i dla gruczołu przyprątnego: chory leży z uniesioną głową i zgiętemi kolanami. Lekarz opiera lewą rękę na prawem kolanie, prawą zaś na lewem i stara się wykonać ruch odsiebny przy oporze chorego, który stara się utrzymać kolana przy sobie. Następnie odbywa się ruch przeciwny, t. j. chory wykonywa ruch odsiebny, lekarz zaś zbliża jego kolana, jedno do drugiego. Przy jednem i drugiem ćwiczeniu warunkiem jest niezbędnym, aby chory uniósł, jak najwyżej, miednicę i leżał oparty jedynie na plecach i sto-

pach. Rękoczyn ten stosuję często w bezwładzie i wypadnięciu odbytnicy.

Pozwoliłem sobie poświęcić słów kilka opisowi tych ćwiczeń w nadziei, iż koledzy praktycy mogą stosować je bez przyrządów i specyalnego przygotowania.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Edmund Kowalski: **Zasady wodolecznictwa.** Lwów 1895. 8⁰, str. 134.

Jak już sam tytuł pracy wskazuje, nie było zamiarem autora, aby napisać podręcznik leczenia hidryatycznego; ograniczył się on tylko do podania zasad fizyologicznych, na których opiera się nowoczesna hidroterapia. Pracę podzielił na 4 główne rozdziały: w 1-szym omawia wpływ podniet termicznych i mechanicznych, stosowanych zewnętrznie, w 2-gim zestawia działanie wody wprowadzonej do ustroju. Oba te działy stanowią poniekąd jedną całość, zajmując się fizyologicznem działaniem wody na ustrój ludzki w stanie fizyologicznym. Dział 3-ci omawia sprawę wodolecznictwa ze stanowiska patologii i uzasadnia na podstawie licznych doświadczeń i opartego na nich rozumowania leczenie hidropatyczne w przebiegu wielu chorób przewlekłych a przedewszystkiem chorób ostrych, zakaźnych.

Ustęp 4-ty odstępujący poniekąd od założenia samej pracy wyrażonego w tytule, zajmuje się poszczególnymi rodzajami t. zw. zabiegów wodoleczniczych, brak jednak tego działu wypadłby niekorzystnie dla całej pracy, której nie dostawałoby koniecznego zaokrąglenia.

Całe dziełko pod względem treści czyni nader miłe wrażenie; napisane jasno i treściwie w zupełności posłużyć może do poznania zasad hidropatyi i do zaznajomienia się nietylko z poszczególnymi zabiegami wodoleczniczymi, ale i ze sposobem, jak powinno się je wykonywać, co na wszelkie zasługuje uznanie.

Autor znany jest szerokiemu gronu lekarzy jako kierownik zakładu wodoleczniczego i klimatycznego w Jaworzu na Szlązku austryackim, gdzie znakomite dla rozwoju tego uzdrowiska położył zasługi, a skoro obok przygotowania teoretycznego w zakresie wodolecznictwa posiada długoletnie doświadczenie lekarskie i przestrzega pilnie zasad racyonalnej higieny i dytetyki, obecnie jako kierownik Zakładu leczniczego w Kiselce pod Lwowem niewątpliwie przyczyni się do rozwoju tego pożytecznego zakładu.

Dr. L. Korczyński.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

L. p. 31. G. M., lat 35, zamężna, ze Starego Sącza. *Cystoma ovarii dextri in pariete anteriori accretum.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Rodziła raz przed 14 laty; poród i połóg prawidłowe. Przed trzema laty zauważyła powiększanie się brzucha zwolna postępujące, od Maja zaś bieżącego roku szybko. Regularność odbyła się ostatni raz w Maju r. b. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia rozpierania, bólu w krzyżach i czasami duszności.

Stan obecny: Brzuch znacznie i jednostajnie wypuklony. Na skórze w okolicy pępka liczne, porozszerzane żyły. W jamie brzusznej daje się wybadać guz o granicach niedających się ściśle oznaczyć z powodu zbyt wielkich rozmiarów, o powierzchni gładkiej, nieporuszalny, elastyczny, okazujący wyraźne chełbotanie. Od spojenia łonowego do końca guza 44 cm. obwód przez największe wypuklenie 104 cm. Wypuk nad całym brzuchem stłumiony. Przez pochwę przez sklepienie tylne szerokie, bolesne wyczuwa się opór miękki, elastyczny, wśród którego przy przesuwaniu dają się wybadać twardsze postronki. Dalszy ciąg macicy, zdaje się, przebiega ku przodowi i na prawo. Przez sklepienie boczne czuć dolny odcinek guza powyżej opisanego.

Dnia 16. Stycznia w uśpieniu chloroformowem przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok okazało się, że guz na całej przedniej powierzchni jest silnie przyrosły do otrzewny ściennej. Na tępo palcami przy użyciu dosyć znacznej siły pozrywano wszystkie zrosty między nim a przednią ścianą brzucha i po podwiązaniu i przecięciu szypuły guz zresztą wolny oddzielono, poczem zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Dnia 26. Stycznia wyjęto szwy brzuszne, rana zgojona *per primam.*

Dnia 22. Lutego chora opuściła klinikę.

L. p. 49. P. J., lat 37, zamężna z Filipowic. *Cystoma intraligamentosum ovarii dextri. Degeneratio cystica ovarii sinistri. Fibromyomata multiplicia corporis uteri.* Leczenie: *Ovariotomia ambilateralis.*

Wywiady: Roniła raz przed 16-tu laty w drugim miesiącu ciąży, nie rodziła. Od dwóch miesięcy uważa powiększanie się brzucha.

Stan obecny: Koło kostek i na podudziach do połowy ich wysokości obrzęk skóry. Brzuch wypuklony jednostajnie, więcej wzdłuż niż wszerz, przez guz wychodzący z miednicy małej, sięgający prawie do wyrostka mieczykowatego. Od spojenia łonowego do końca guza 31 cm., obwód przez największe wypuklenie brzucha 95 cm. Guz ten ma powierzchnię gładką, jest elastyczny, niebolesny i nieporuszalny. Wypuk nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy.

Badanie przez pochwę: Część pochwowa bardzo wysoko ustawiona, ujściem zewnętrznem dotyka prawie górnego brzegu spojenia łonowego, jest krótka i płaska. Przednie sklepienie szczelinowate, tylne bardzo szerokie. W środku tylnego sklepienia w miejscu odpowiadającem normalnemu położeniu części pochwowej, znajduje się czopek na falangę długi, stożkowaty, u nasady grubości kciuka, konsystencyi mięsistej. Czopek ten, zdaje się, zostaje w związku z dolnym odcinkiem guza powyżej opisanego, który to odcinek daje się wybadać przez całe tylne i przez boczne sklepienia. Dalszy ciąg macicy wybadać się nie dającej przebiega ku przodowi.

Dnia 7. Lutego rozcięto powłoki w długości około 20 cm., prowadząc od dołu cięcie do spojenia łonowego ku górze na szerokość kilku palców ponad pępek. Badanie bezpośrednie wykazało, że guz, okazujący bardzo wyraźne chełbotanie, w całości pokryty otrzewną, ułożony między blaszkami więzadła szerokiego przylega do prawego boku macicy. Powierzchnia guza była wolna od zrostów. Przy pomocy igieł Dechampa podwiązano podwójnie więzadło szerokie pomiędzy guzem a macicą w odległości 1 cm. od ostatniej czterema podwiązkami jedwabnemi, poczem przecięto pomiędzy podwiązkami. Podwiązki, które po przecięciu więzadła szerokiego od strony guza się zesunęły, zastąpiono chwytaczami Richelota, następnie przez dolną część rany u nasady więzadła szerokiego się znajdującej, przystąpiono do wyłuszczania guza, które nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż związek guza z otoczeniem był dość luźny. Po wyłuszczeniu guza odcięto część otrzewny przedtem guz pokrywającej, resztę zaś po podwiązaniu naczyń krwawiących przyszyto do paska więzadła szerokiego przy macicy pozostałego, wytwarzając w ten sposób coś podobnego do więzadła szerokiego. Po odcięciu drugiego jajnika torbielkowato zwyrodnia-

łego, zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Po operacyi przez pierwsze dwa dni mierne podwyższenie ciepłoty (do 38·5°) i przyśpieszenie tętna (do 120). W trzecim dniu ciepłota powróciła do normy i odtąd przebieg zupełnie prawidłowy.

Dnia 15. Lutego wyjęto szwy, rana zgojona przez rychłozrost.

Dnia 2. Marca chora opuściła klinikę.

L. p. 56. M. D., lat 25, zamężna, z Jaćmierza. *Cystis parovarii dextri intraligamentosa*. Leczenie: *Laparotomia, extirpatio cystidis.*

Wywiady: Regularność od 13. roku życia powtarza się co trzy tygodnie, od dwu lat z bólami dołem brzucha i w krzyżach. Nie roniła, nie rodziła. Przed dwoma laty zauważyła powiększanie się brzucha, przez 15 miesięcy wybitnie, w ostatnich zaś 9 miesiącach nieznacznie postępujące.

Stan obecny: Brzuch wypuklony przez guz ograniczony, sięgający na dwa palce niżej wyrostka mieczykowatego, na boki jednostajnie się rozciągający. Guz ten o powierzchni gładkiej, elastyczny, bardzo mało ruchomy, niebolesny wszędzie okazuje wybitne chełbotanie. Od spojenia łonowego do końca guza 31 cm., od *spina anterior superior* do pępka po obu stronach 22 cm., obwód przez pępek 98 cm., przez największe wypuklenie na 4 palce poniżej pępka 101 cm. Badając przez pochwę można wybadać macicę prawidłową, ułożoną ku przodowi i na lewo. Przez sklepienie tylne i boczne prawe wyczuwa się dolny odcinek guza powyżej opisanego, nisko do miednicy małej wchodzący.

Dnia 22. Lutego przystąpiono do wycięcia guza. Po otwarciu powłok brzusznych przekonano się, że cysta ułożona między blaszkami więzadła szerokiego prawego wchodzi nisko ku miednicy małej tak, że do podstawy cysty z trudnością tylko dojść można. Po podniesieniu guza ku przodowi można było widzieć na tylnej jego powierzchni w górze przebiegającą, znacznie, bo do 20 cm. wydłużoną trąbkę; poniżej zaś trąbki znajdował się prawidłowy jajnik. Za pomocą trójgrańca Madurowicza wypuszczono z cysty znaczną ilość płynu przeźroczystego jak woda a następnie, jak najniżej było można, podwiązano torbę i w wysokości 3 cm. ponad podwiązką odcięto. Pokazało się przytem, że podwiązka została założona poniżej dolnej ściany cysty. Po wypaleniu przyżegadłem Paquelina małego kawałka ściany cysty ponad ligaturą zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Dnia 2. Marca wyjęto szwy, rana zgojona przez rychłozrost.

Dnia 17. Marca chora opuściła klinikę a badanie w tym czasie wykazało macicę ustaloną, podniesioną w przodopochyleniu.

L. p. 70. K. M., lat 49, zamężna, z Ochotnicy. *Cystoma intraligamentosum accretum ovarii sinistri. Perimetritis adhaesiva. Hydrosalpinx dextra.* Leczenie: *Ovariotomia et salpingotomia dextra.*

Wywiady: Rodziła raz przed 25 laty, poród i połóg był prawidłowy. Od $1^1/_2$ roku uważa stale powiększanie się brzucha, czemu towarzyszą bóle dołem i w krzyżach. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia rozpierania i duszności. Regularność w ostatnich miesiącach jest skąpsza, niż dawniej i odbyła się poraz ostatni przed dwoma tygodniami.

Stan obecny: Koło kostek i na podudziach mierny obrzęk. Sutki obwisłe, wiotkie, przy ucisku z sutka prawego wypływa klej. Oddech przyśpieszony. Tętno 100. Brzuch znacznie wypuklony, więcej wzdłuż niż w szerz, na powłokach brzusznych widać siatkę porozszerzanych żył i stare blizny poporodowe. Wypuklanie to brzucha pochodzi od guza rozciągającego się prawie równo po obu stronach od spojenia łonowego aż do wyrostka mieczykowatego. Za głębokiem wtłaczaniem rąk nad spojenie łonowe guz ten, jakkolwiek z trudnością, daje się odgraniczyć od dołu. Guz ten o powierzchni gładkiej, niebolesny, po stronie lewej zachodzący głębiej w okolicę lędźwiową przedstawia konsystencyę rozmaitą, pod pępkiem i nad pępkiem po stronie lewej jest elastyczny i tu okazuje mierne chełbotanie, nad pępkiem po stronie prawej jest zbity i twardy a powierzchnia w tem miejscu mniej gładka.

Od spojenia łonowego do pępka 30 cm., do końca guza 55 cm. Od *spina anterior superior* do pępka po stronie prawej 31 cm., po lewej 34 cm. Obwód brzucha przez pępek 118 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Badanie przez pochwę: Część pochwowa nieco wyżej ustawiona, na falangę długa, zbitości większej zbacza ku stronie lewej. Przez ujście zewnętrzne daje się przeprowadzić palec do szyjki prawie aż do ujścia wewnętrznego i na błonie śluzowej napotyka liczne nierówności. Trzon macicy, zdaje się, przebiega na prawo i ku tyłowi. Przez sklepienie przednie wklęsłe z trudnością tylko można wybadać dolny odcinek guza, inne sklepienia wolne. Punkcya za pomocą strzykawki Pravaza wykazała w guzie płyn gęsty barwy szarawej. W moczu duża ilość białka (0·3$^0/_0$) i wałeczki szkliste i ziarniste.

Dnia 13. Marca przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok brzusznych, przekonano się, że guz przyczepiony jest do powłok nitkowatymi zrostami, które zaraz na tępo pooddzielano. Badając teraz ręką, przekonano się, że guz w tyle zrosły jest z jelitami na szerokiej przestrzeni, w dole zaś nie można wymacać żadnej szypuły, tylko przekonać się można, że guz przylega do macicy po stronie lewej i z tyłu. Macica bardzo mało ruchoma, niepowiększona znajduje się w przodopochyleniu i na prawo. Szeroki most, który, jak się później przekonano, nie był niczem innem, jak jedną z blaszek *mesenterii*, w które guz wrósł, z pomocą igieł Dechampa podwiązano i przecięto. Nie uwolniono jednak guza w ten sposób od połączenia z jelitami, gdyż odsłaniano coraz to nowe partye połączeń. Dlatego przerwano tę akcyę i postanowiono guz wyłuszczyć z popod otrzewny. Przecięto więc na nim poprzecznie mniej więcej na 2—3 palców pod pępkiem otrzewną i zaczęto na tępo guz wyłuszczać. Przekonano się przy tem, że otrzewna, im bliżej się znajduje macicy, tem mocniej jest z guzem połączona i tem więcej przy jej oddzielaniu przerywa się naczyń, które bezzwłocznie chwytano zasuwkami. Guz wytoczono przed powłoki, będącą z nim jeszcze w związku otrzewnę chwycono pince'ami i w dwóch partyach podwiązano i odcięto. Teraz zastósowano ułożenie Trendelenburga (przedtem nie stósowano tego ułożenia ze względu na utrudniony oddech chorej), ażeby sobie ułatwić tamowanie krwotoku w okolicy lewego rogu macicy, gdzie została wielka liczba naczyń otwartych. Następnie zbliżono do siebie blaszki wiezadła szerokiego, wśród którego guz był pomieszczony, zamknięto szczelnie pince'ami Billrotha i pod nimi z pomocą igieł Dechampa podwiązano całe więzadło, poczem w zwykły sposób odcięto rozszerzoną trąbkę prawą. Po wymaczaniu krwi z jamy brzusznej, zeszyto zwykłym sposobem powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny, uciskający.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie moczu w trzy dni po operacyi wykazało już tylko ślad białka, a w dwa dni potem nie było już ani śladu.

Dnia 22. Marca wyjęto szwy, powłoki zrosłe przez rychłozrost.

Dnia 31. Marca chora opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Toksykologia.

E. Thomson: **Przypadek otrucia się nadmanganezanem potasowym** *in substantia* **zakończony śmiercią** (z kliniki szpitalnej prof. Dehii w Juryewie (Dorpacie).

W dniu 30. Maja b. r. o godz. 11. przed południem znaleziono niejakiego S., leżącego na ulicy w stanie bardzo

niebezpiecznym a w jego kieszeni flaszeczkę mającą około 30 cm.³ objętości.

S. podał piśmiennic, ponieważ mówić nie mógł, że zażył to, co było w tej flaszeczce, w której też znaleziono resztki nadmanganezanu potasowego w kryształach tak, iż wnosić należy, że samobójca próbował połknąć jakie 15 do 20 gramów tegoż ciała. Badając znaleziono jeszcze w jamie ustnej rzeczone kryształki, które przez wytarcie wydobyto.

S. przyjęty do szpitala okazywał stan następujący: twarz bardzo blada, wyraz jej cierpiący, powieki na pół domknięte, usta rozwarte szeroko, warga dolna i wystający nad nią język mocno obrzmiałe, czarne i ciemnemi strupami pokryte. Od kątów ust idą ciemne smugi do brody, podobnie jak w otruciu kwasem siarkowym, tylko że w przypadku niniejszym jak węgiel czarne. Oddech ciężki z wybitnemi oznakami zwężenia dróg respiracyjnych. Tętno liczne i małe. Ramiona zwisają bezładnie. Pacyent nie może mówić a tylko głową może dawać znaki potakiwania lub zaprzeczenia. Z przyczyny przeszkody tkwiącej w wysokości chrząstki pierścieniowej nie można wprowadzić do żołądka żadnego zgłębnika. Podczas prób w tej mierze nagle ustał oddech z powodu zawarcia się głośni tak, iż przystąpiono do tracheotomii i założenia kaniuli, poczem oddech stał się regularniejszym.

Ponieważ należało przypuszczać, iż pewna ilość trucizny dostała się do żołądka, przeto wobec niemożności wprowadzenia doń zgłębnika wykonano w narkozie chloroformowej gastrotomią w celu przepłukania żołądka i wydalenia zeń trucizny.

W płynie brunatnym, woni metalicznej wykazało badanie chemiczne manganez, który wykryto również w płynie użytym do przepłukania żołądka.

Po gastrotomii oddech był ciężki, z mocnemi rzężeniami w płucach i tchawicy, tętno 130 do 140, słabe, przytomność niezupełna. O godzinie 6. wieczorem śmierć wśród objawów porażenia serca.

Sekcya wykazała: Opuchlina warg i języka, zestrupienie błony śluzowej ust, gardła i krtani; tchawica, oskrzele i gardziel wolne, krew w dużych naczyniach płynna, barwy wiśniowej. Serce wielkości prawidłowej, na jego osierdziu przystudzienice (*petechiae*), żyły serca mocno napełnione, tętnice sprężyste, nie rozszerzone. Serce wiotkie.

Rozbiór chemiczny krwi, mięśni i moczu nie wykazał manganezu, z czego wnosić można, iż nie przyszło do jego wessania.

W piśmiennictwie nie ma dotychczas opisu otrucia nadmanganezanem potasowym a przypadek teraz podany samobójstwa tą trucizną jest dotychczas unikatem.

Co do przyczyny śmierci w przypadku niniejszym, to na podstawie wyniku sekcyi sądzi autor, że mała tylko ilość trucizny dostała się do żołądka, że zatem w tym razie nie można mówić o właściwem otruciu się nadmanganezanem potasowym a przyczyną śmierci są rozległe zmiany miejscowe na błonach śluzowych i konieczne operacye dokonane w narkozie chloroformowej. (*St. Petersburger medicinische Wochenschrift.* Nr. 38. 1895). *R.*

Okulistyka.

Ahlström: O działaniu antyseptycznem łez.

A. opisuje przypadek ostrego zapalenia gruczołu łzowego, wskutek którego utworzyła się przetoka łzowa. A. wyzyskał tę rzadką okoliczność, aby łzy wydzielające się z owej przetoki chwytać do naczyń wyjałowionych i przekonać się, o ile łzy działają zabójczo na czyste i żywotne hodowle drobnoustrojów (*staphylococcus pyogenes aureus*). W tym celu przeprowadził wiele doświadczeń i przekonał się wbrew twierdzeniu Bernheima i Bacha, że łzy nie wpływają niekorzystnie na rozwój tychże drobnoustrojów i ich wzrostu nie tamują. Wprawdzie metoda B. i B. była nieco odmienną, gdyż ci autorowie zbierali łzy z oczu cierpiących na znaczniejsze łzawienie (*keratitis* i *conjunctivis eczematosa*), lub też zwiększali wydzielinę za pomocą par amoniaku. Łzy w ten sposób otrzymane okazywały własność wybitnie antyseptyczną.

I Ahlström powtórzył te doświadczenia, przyczem przekonał się, że łzy z przetoki otrzymane oddziaływały wybitnie zasadowo, otrzymane zaś metodą Bernheima i Bacha oddziaływały słabo zasadowo lub wcale kwaśno i to tem mniej zasadowo, im się obficiej wydzielały.

W tem więc tkwi przyczyna różnych wyników podług A., który twierdzi, że łzy nie są w ogóle antyseptyczne; są tylko obojętną lub wcale złą glebą dla drobnoustrojów. (*Centralblatt für Augenheilkunde.* Lipiec 1895).

Dr. Brudzewski.

Wicherkiewicz: O pęcherzach brzegów powiekowych.

Na brzegu powiekowym znachodzi się często pęcherzyki różnego wejrzenia i pochodzenia. Pęcherzyki występujące na przedniej wardze wolnego brzegu powiekowego, najczęściej koło punkcika łzowego, o treści przeźroczystej powstają przez rozszerzenie gruczołów Molla (potnych); są wielkości jagły lub grochu, lecz mogą być i znacznie większe. Wypełnione są płynem czystym, zawierającym sól kuchenną, gips i białko. Przybłonek wyściełający może być albo cylindryczny albo płaski, jednowarstwowy lub wielowarstwowy, stósownie do tego, z której części gruczołu powstał ów pęcherzyk, czy z samego zwoju, czy z przewodu, czy też z ujścia. Dalej, także przy brzegu powstają pęcherzyki z gruczołów Meiboma, po oparzeniu lub zadziałaniu środków żrących; wreszcie w przebiegu pęcherzycy (*pemphigus*), lecz te nie trudno odróżnić od wyżej opisanych (*kystes transparents* francuzkich autorów). Nie należy zapominać o wągrach, które mogą być do wyżej opisanych cyst podobne, zwłaszcza jeśli wągry dosięgną znaczniejszych rozmiarów, jednakże przy przeświecaniu u wągra łatwo dostrzedz łebek. Usuwa się te pęcherze bądź to zwykłem nakłuciem, co u małych wystarcza, bądź to odcina się je nożyczkami lub też, gdy są duże i przesuwalne, wyłuszcza się je *in toto*.

W. opisuje dwa przypadki, które uderzały mnogością i wielkością pęcherzy, i dołącza do swej pracy cztery pięknie wykonane rysunki, które doskonale ilustrują opisane przypadki. W obu przypadkach usunął W. owe pęcherze, bądź to nakłuciem, bądź odcięciem przedniej ich ściany nożyczkami, bądź to zupełnem wyłuszczeniem doszczętnie i bezpowrotnie. (*Nowiny lekarskie.* Sierpień i Wrzesień 1895).

Dr. Brudzewski.

Zapiski terapeutyczne.

124. F. Lanz: O leczeniu otrucia fosforem za pomocą nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) z uwagami nad częstem wydarzaniem się otrucia fosforem w Pradze czeskiej (z kliniki lekarskiej prof. R. Jakscha). W praskiej klinice lekarskiej postrzegano od Marca 1894. do Marca 1895. r. 12 przypadków zatrucia fosforem, które wszystkie leczono sposobem przez Antala podanym a mianowicie naprzód przepłukiwano żołądek znaczną (50 litrów i więcej wynoszącą) ilością $^1/_8$ ‰ roztworu nadmanganezanu potasowego a następnie wlewano litr $^1/_2$ ‰ roztworu tejże soli do żołądka i tam go zostawiano. Jeszcze tegoż samego dnia zadawano środek przeczyszczający (*infusum sennae*) a w dniach następnych spore dawki dwuwęglanu sodowego i trzy razy dziennie po 5 kropel starego olejku terpentynowego (*oleum terebinthinae vetustum*).

Dawniej postępowano inaczej: naprzód przepłukiwano żołądek wodą ciepłą dopóty, dopóki nie ustąpiła woń fosforu a następnie robiono toż samo roztworem siarkanu miedziowego (*cuprum sulfuricum*) i zadaniem magnezyi palonej; następnych dni zadawano co 2 godziny po łyżce roztworu siarkanu miedziowego w stósunku 0·50 na 200·00, trzy razy dziennie po 5 kropel *oleum terebinthinae vetustum* i spore dawki dwuwęglanu sodowego.

Pod względem przebiegu owych 12 przypadków przytacza autor, że roczyn $^1/_2$‰ nadmanganezanu potasowego chorzy wkrótce częściowo lub całkowicie wyrzucali ze żołądka, poczem doznawali ulgi i albo w przypadkach lżejszych powoli wyzdrawiali albo w cięższych okazywali znany dobrze szereg przypadów, kończący się niepomyślnie.

Z 12 przypadków autora 5 zakończyło się śmiercią; były to przypadki, w których zażyto 0·20 fosforu i więcej z wyjątkiem jednego, w którym po zażyciu nawet 0·50 fosforu śmierć nie nastąpiła. Pamiętać wszakże należy, że oznaczenie ilości zażytego fosforu jest tylko przybliżone, jeżeli się uwzględni, że we wzruszeniu nieodłącznem od samobójstwa niezawsze samobójcy wypijają płyn wraz znajdującym się na dnie naczynia osadem, zawierającym największą część użytego do otrucia się fosforu.

W ten sposób przy użyciu metody przez Antala podanej wynosi śmiertelność w otruciu się fosforem 41·66% a ponieważ przedtem za użyciem dawnego sposobu ratowania otrutych wynosiła ona 36·66%, przeto pokazuje się, iż nadmanganezan potasowy nie wpływa korzystnie ani na przebieg ani na ostateczne zakończenie się otrucia fosforem, przyczem i to zasługuje na uwagę, że przy użyciu dawnego sposobu wyzdrawiali nawet i ci, którzy zażyli po 0·30 do 0·75 fosforu.

Pod względem wydarzania się zatrucia fosforem, obserwowano w klinice lekarskiej (uniwersytetu niemieckiego) w Pradze od Października 1889. do Marca 1895. aż czterdzieści przypadków; wszystkie pochodziły z samobójstwa dokonanego fosforem zebranym z zapałek z wyjątkiem jednego, w którym użyto w zamiarze pozbawienia się życia fosforu w laskach. W tymże samym czasie miano w obserwacyi 13 przypadków otrucia innemi substancyami, między niemi 4 zamachy samobójcze, po jednym morfiną, kalomelem, arszenikiem i kwasem karbolowym.

Te tak częste zamachy samobójcze fosforem w porównaniu do trucia się innemi substancyami (na 39 przypadków otrucia się fosforem przypada tylko cztery innemi ciałami) są skazówką, jakby potrzebną była ustawa zakazująca wyrabiania i sprzedawania zapałek z fosforem zwykłym, który będąc gwałtowną trucizną dostaje się bez żadnej kontroli do rąk ludności, gdy co do innych trucizn istnieją w tej mierze bardzo ściśle przepisy. Uwagi godnem jest zresztą, że zamachy samobójcze fosforem trafiają się o wiele częściej w Czechach, mianowicie w Pradze, niż w Niemczech i austryackich krajach alpejskich. (*Berliner klinische Wochenschrift.* 7. Października 1895).

125. H. Quincke (prof. w Kilonii): O punkcyi lędźwiowej (*Lumbalpunction*) (według wykładu na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece). Jak już autor pokazał dawniej, można u człowieka żywego dostać się igłą wydrążoną do worka mózgo-rdzeniowego między łukami kręgów lędźwiowych i przez punkcyą tej jamy surowiczej tak otrzymać pewne skazówki dyagnostyczne, jak i zadziałać na nią terapeutycznie, co odnosi się także i do jamy czaszkowej, ponieważ, jak wiadomo, między płynami znajdującymi się pod pajęczówką rdzenia pacierzowego a mózgu i jego komór istnieje związek, zwykle utrzymany także i w okolicznościach patologicznych.

Ciecz mózgordzeniowa napina worek twardówki aż do przewodu w kości krzyżowej a ponieważ rdzeń pacierzowy swym stożkiem (*conus medullaris*) sięga u dorosłych tylko do 2-go, u dzieci zaś do 3-go kręgu lędźwiowego, nie można go zranić przez nakłucie poniżej znajdujących się łuków kręgowych; baczyć tylko należy, by punkcya odbyła się ile możności w samej linii środkowej. U dzieci ten przestwór, wypełniony tylko płynem, między pączkami korzeni nerwowych na 5 mm. szerokości, u dorosłych mniej, ale i u dorosłych nie zdarzyło się autorowi nigdy zranić ich przy punkcyi.

W stósunkach patologicznych ciecz mózgo-rdzeniowa ulega zmianom jakościowym albo ilościowym a w tym ostatnim razie musi być zmienionem także i jego ciśnienie; dlatego z punkcyą łączyć się winno oznaczenie tego ciśnienia, czego można dokonać po prostu w ten sposób, iż za pomocą odpowiedniego stożka i rurki kauczukowej łączy się cienką rurkę szklaną z kaniulą i wprost miarą oznacza wysokość płynu w rurce trzymanej pionowo. Ciśnienie słupa wody mającego 40 do 60 mm. wysokości można uważać za przybliżoną miarę ciśnienia fizyologicznego w części lędźwiowej i w położeniu poziomem na bok.

Prawidła ciecz mózgordzeniowa jest czysta i przeźroczysta jak woda, ma c. g. 1·007 i zawiera obok 0·2 do 0·5‰ białka zawsze nieco cukru.

Autor dokonał dotychczas punkcyi w 53 różnych przypadkach patologicznych, przeważnie łączących się ze zwiększeniem ucisku a zatem guzach mózgowych, wodogłowiu i rozmaitych rodzajach zapalenia opon.

Ciecz mózgordzeniowa jest w przeważnej liczbie przypadków patologicznych także czysta, jak woda, rzadko mętnawa lub zabarwiona przez leukocyty, komórki śródbłonka (*endothelium*) lub ciałka krwi czerwone. Ilość białka dochodzi w ostrych zapaleniach od 1 do 3‰, w przewlekłych nie odstępuje prawie nic od prawidła. W przypadkach guzów mózgowych z zastojem żylnym w splotach naczyniówki (*plexus chorioidei*) dochodzi ilość białka nieraz do 7‰. Przebicie się krwi do komór mózgowych w przebiegu krwotoków objawia się większą, niż zazwyczaj ilością krwi w cieczy wydobytej przez punkcyą.

W cieczy otrzymanej w przebiegu spraw zapalnych tworzą się nieraz skrzepy; jeżeli jest ropa, mogą znajdować się koki rozmaitego rodzaju. W zapaleniu opon gruźliczem znajdowano w osadzie na dnie lub w skrzepach właściwe laseczniki.

Ciśnienie obserwowane podczas punkcyi bywa rozmaitem, 150 mm. uważać trzeba za patologiczne; dochodzi ono często od 200 do 300, wyjątkowo nawet do 700 mm. Wielkie ciśnienie trafia się w ciężkich i ostrych zapaleniach, mianowicie w zapaleniu opon gruźliczem i przy nowotworach w mózgu. Z ciśnienia nie można rozpoznać rodzaju sprawy chorobowej. Tyle tylko okazuje się z dotychczasowych spostrzeżeń, że mierne powiększenie się ciśnienia z ciężkiemi objawami ucisku jest oznaką ostrej a znaczne ciśnienie z małemi objawami ucisku oznaką przewlekłej sprawy patologicznej.

Ilość cieczy wypuszczonej wynosiła od 3 do 60, średnio 20 cm.^{3}

Co się tyczy wartości dyagnostycznej punkcyi, to dowiadujemy się za jej pomocą do pewnego stopnia o rodzaju i stopniu zmiany zapalnej w oponach i o mającym w tem udział drobnoustrojach, dalej o stósunku ucisku na mózg do rzeczywistego podniesienia się ciśnienia itp. Oczywiście, że znaczenie punkcyi maleje, jeżeli przestwory podpajęczówkowe w rdzeniu pacierzowym nie łączą się wprost i swobodnie z takiemiż przestworami w mózgu i jego komorach.

Co się tyczy objawów przy punkcyi, to ból miejscowy jest tak nieznaczny, że rzadko potrzeba uciekać się do narkozy. Niekiedy uskarżali się chorzy na ból lub kurcz w jednej nodze, zapewne skutkiem naciągnienia włókien ogona końskiego (*cauda equina*), co jednak mijało wkrótce.

W niektórych przypadkach zaraz po punkcyi lub nawet podczas niej łagodniały pewne objawy mózgowe, jak ból głowy, zajęcie sensoryum; tak bywało mianowicie w zapaleniu opon. Na tętno punkcya nigdy nie wpływała. W przypadkach przewlekłych wpływ punkcyi był znacznie mniejszy, niż w ostrych lub go całkiem nie było.

Punkcya działa korzystnie głównie w ostrych przypadkach surowiczego lub surowiczo-ropnego zapalenia opon. W zapaleniu opon gruźliczem autor nie widział skutku.

Spodziewać się należy, iż wskazania terapeutyczne do punkcyi rozszerzą się w miarę coraz większego na tem polu doświadczenia.

Pod względem technicznym nadmienia autor, że używa osobnych kaniul, mających 3 do 7 cm. długości a 0·6 do 1·2 mm. grubości. Światło każdej kaniuli wypełnia przetyczka (*mandrin*) stalowa, sięgająca do końca kaniuli, wraz z nim ostro ścięta i stożek przedziurawiony stósownie przytwierdzony celem nasadzenia nań rurki kauczukowej, służącej do połączenia z rurką szklaną [1]).

Do punkcyi układa się chorego na lewy bok, z nogami do brzucha przyciągniętemi a grzbietem jak najbardziej zgiętym; okolicę lędźwiową desinfekcyonuje się, jak zwykle. Po zoryentowaniu się co do położenia tarnistych wyrostków kręgów lędźwiowych dobrze jest oznaczyć ołówkiem kolorowym ich płaszczyznę poziomą na szerokość dłoni, na lewo od linii środkowej. Igłę wbija się u dzieci w samej linii środkowej, u dorosłych na 5 do 10 mm. z boku i na prawo od niej i tak skośnie ku środkowi, że twardówkę trafia się w linii środkowej. Do wkłucia bierze się drugi lub trzeci przestwór między łukami a u dorosłych jako znak wysokości mniej więcej dolny brzeg wyrostka tarnistego i kieruje zarazem igłę ku głowie. Jeżeli trafi się przytem na kość, trzeba przez cofnięcie się i zmianę kierunku wyszukać wolny między kościami przestwór. Gdyby to nie poszło, trzebaby udać się do najbliższego przestworu między łukami. Skoro po uczuciu pozna się, iż weszło się do worka twardówki, co u dorosłych następuje w głębokości 4 do 6 cm., należy wyciągnąć przetyczkę i jeżeli płyn wystąpi, założyć stożek i rurkę kauczukową dla oznaczenia ciśnienia. Do wypuszczenia cieczy obniża się rurkę szklaną a podnosi ją w celu ponownego oznaczenia ciśnienia. Jeżeli ciecz nie pokazuje się zaraz po wyjęciu zatyczki, należy kaniulą poruszać naprzód i w tył lub z jednej strony w drugą. Punkcyą kończy się, gdy płyn wypływa bardzo powoli lub ciśnienie spada do 40 mm. i mniej; również, jeżeli wystąpi jaki przypad podmiotowo nieprzyjemny np. ból głowy. Ponieważ ciśnienie oznaczone przez punkcyą rychlej lub później znów się podnosi, starał się autor o ciągły odpływ cieczy przez otwarcie worka twardówki, czego dokonywał odpowiednim nożem w ten sam sposób i w tejże samej głębokości, jak igłą. Nieraz wypływało z otworu tak zrobionego po kilka kropel cieczy mózgo-rdzeniowej, nieraz znajdywano po punkcyi opuchlinę części miękkich okolicy lędźwiowej jako oznakę wypływania cieczy do sąsiednich części miękkich. Otwór czy po punkcyi czy po rozcięciu nożem worka twardówki zamykał się zawsze bez żadnych trudności po użyciu opatrunku z jodoformu i waty kollodyonowej. (*Berliner klinische Wochenschrift* 14. Października 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 17. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia jako gościa kol. Uhmę ze Lwowa.

3) Kol. Beck miał odczyt o urobilinie w moczu (drukowany w *Przeglądzie lekarskim* w r. b.).

Kol. Cercha zapytuje się prelegenta, czy zna pracę Dornera, który wykazuje, że ilość urobiliny w moczu powiększa się w *hematocele retrouterina*, oraz w każdej recydywie tegoż cierpienia ponownie się powiększa, z czego wynika, że i krew może być miejscem i źródłem wytwarzania się urobiliny.

Kol. Beck odpowiada, że zna tę pracę, nie wspominał o niej jednak z powodu braku czasu; rzecz zresztą pewna, że po injekcyi krwi a nawet wody, w której rozpuszczoną jest hemoglobina, wydziela się więcej żółci, więcej też i urobiliny; można sobie to wytłómaczyć insufficyencyą wątroby w pojęciu autorów francuskich.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 1. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący poświęca kilka słów gorących pamięci zmarłego prof. Rydla i oświadcza, że na najbliższem posiedzeniu wystąpi z odpowiednim wnioskiem ku uczczeniu pamięci Zmarłego.

3) Kol. Rydygier mówił o splenopeksyi. Powołując się na swą rozprawę w Nrze 3. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. umieszczoną, nie opisuje szczegółowo przypadku; przytacza tylko, że wiele przyczyn i okoliczności, jak 31% śmiertelności według statystyki Vulpiusa i prelegenta przy splenektomii śledziony ruchomej, różne następstwa po jej wycięciu, n. p. powiększenie gruczołów limfatycznych, gruczołu tarczykowego, obniżenie następowe lewej nerki, leniwe odnawianie się krwi przemawiają za splenopeksyą a przeciw splenektomii. Splenopeksya może mieć dobry skutek, jeżeli analogicznie do nefropeksyi, przyszycie śledziony będzie wykonane jak najdokładniej. Wiadomo, jak łatwo powraca ruchomość nerki, jak łatwo rozciągają się zrosty otrzewnowe; dlatego też utworzył prelegent torebkę z otrzewny, do której wsunął śledzionę i tam przytwierdził ją odpowiednio założonymi szwami (dla dokładnego wyjaśnienia demonstruje na rysunkach sposób wykonania operacyi). Operacyę tę wykonał przed 3 miesiącami, śledziona stale utrzymuje się w miejscu przyszycia. Przypadek sam ciekawym był nadto z powodu wielkich trudności dyagnostycznych.

Kol. Buzdygan potwierdza trudności rozpoznawcze, o których wspomina prelegent: guz był umieszczony w małej miednicy, mało ruchomy, wielki; punktu wyjścia nie można było wykazać. Wprawdzie w miejscu śledziony był wypuk bębenkowy, nie był to jednak objaw pewny. Po kilku dniach guz stał się więcej poruszalny i wówczas można było wyczuć przez pochwę charakterystyczny brzeg śledziony.

Kol. Rydygier: Przypadek Warneka jest pouczającym pod względem dyagnostycznym, rozpoznano *fibromyoma uteri*, wyłuszczono, dopiero mikroskop wykazał budowę śledziony w wyciętym guzie. Interniści nie wiedząc o tem wykazali obecność śledziony; sekcya dopiero wykazała, że wyciętym guzem była rzeczywiście przesunięta i zrosła z macicą śledziona.

Kol. Nowak wspomina o podobnym przypadku sekcyjnym, gdzie śledziona była w zatoce Douglasa, przyczepiona starymi zrostami.

Kol. Schwarz okazuje tablice graficzne przedstawiające w odsetkach częstość pojawiania się chorób wenerycznych u kobiet publicznych w Krakowie, zestawione z ostatnich lat pięciu. Na podstawie tablic tych wykazuje kol. S., że liczba przypadków kiły a właściwie zmian kiłowych dostrzeganych u kobiet publicznych w Krakowie ciągle i stale się powiększa, natomiast zaś odsetek wrzodu miękkiego i wiewióra (trypra) ostrego z roku na rok się pomniejsza.

Kol. Uhma wyraża swą wdzięczność prelegentowi nietylko za podanie kilku nowych danych o sprawie szerzenia się chorób płciowych, ale przedewszystkiem za to, że pracą swą pobudził mówcę do podjęcia podobnej pracy statystycznej a mianowicie zebranie dat o rozszerzeniu chorób płciowych w całej Galicyi. Brak czasu nie pozwolił mówcy wykończyć tablic, które przedstawia. Jest ich sporządzonych według wykazów przesyłanych namiestnictwu tylko po cztery (lata 1889—1892) ze szpitala krakowskiego, lwowskiego i szpitali prowincyonalnych, nadto trzy (lata 1889—1891) ze szpitali wojskowych w Galicyi. Mówcy wydaje się na razie, że i z nich nie można wysnuwać wniosku o jakiemś systematycznem wzmaganiu się chorób płciowych w różnych miesiącach roku z osobna. Wszędzie — prócz wojska — ilość leczonych z powodu kiły znacznie przeważa. Szpitale wojskowe tylko wykazują wyższe cyfry leczonych z powodu wiewióra. O ile to tyczy się kobiet publicznych, to wykazy szpitala krakowskiego stoją w pewnej sprzeczności z tablicami kol. Schwarza. Mianowicie wykazują one większą liczbę kobiet publicznych leczonych z powodu kiły, niż z powodu wrzodu miękkiego. Procent leczonych z powodu wiewióra jest także większym według wykazów szpitalnych, co jednak dostatecz-

[1]) Wszystkich narzędzi do punkcyi, zestawionych razem dostarcza fabrykant narzędzi chirurgicznych Assmann w Kilonii (Kiel).

nie wyjaśnił prelegent podając, że w swych tablicach wykazywał tylko ostre i przyostre przypadki. Ciekawem jest wreszcie, że gdy w tablicach kol. Schwarza procent kobiet publicznych dotkniętych kiłą w roku 1892. wynosi 7·3 a w 1893 6·2, to według wykazów szpitala krakowskiego liczba ogólna chorych leczonych z powodu kiły wzrosła z 317 w r. 1892. do 586 w 1893 r., procentowo z 39 na 47%.

Na tablicach, które mowca przyspasabia, prawdopodobnie nie będzie można ściśle polegać, bo użyte do sporządzenia ich wykazy, nie zdaje się, by były bez zarzutu. I tak n. p. szpitale wojskowe wykazują przypadków trzeciorzędnej kiły w 1889 r. 7%, w 1890 r. 4% a w 1891 r. tylko 0·09%. Niektóre znów ze szpitali prowincyonalnych wykazują większe cyfry leczonych z powodu kiły pierwszorzędnej, niż z powodu zmian kiłowych wtórorzędnych, co także pewne wątpliwości nasunąć musi co do prawdziwości dat tam podanych. (Streszczenie własne).

Kol. Borzęcki: Statystyczne zestawienie chorób wenerycznych u kobiet publicznych kol. Schwarza ma znaczenie cenne ze względu na wskazówki higieniczne pod względem tychże chorób. Uderzającą jest w tem zestawieniu mała ilość wrzodów stwardniałych (najwyżej 11 przypadków w ciągu jednego roku), co może może tłómaczy się tem, że niewielka liczba kobiet publicznych przybywa do Krakowa w ciągu roku.

Zestawienie powyższe byłoby jeszcze cenniejsze, gdyby można porównać je ze statystyką lat dawniejszych, by wykazać, o ile procent chorób wenerycznych zmniejszył się lub zwiększył. Co do częstości wrzodu miękkiego, to nie ulega wątpliwości, że w pewnych okresach należą one do rzadkości, za to znów w innych występują bez porównania częściej.

Kol. Zarewicz w dyskusyi zwraca uwagę, iż szpitale w większych miastach do pewnego tylko stopnia dają wyraz szerzenia się chorób wenerycznych w pewnych miejscowościach. Do szpitala krakowskiego n. p. zgłaszają się chorzy z odległych części Galicyi i Królestwa Polskiego. Dokładniejszy już obraz szerzenia lub zmniejszania się chorób wenerycznych daje nam wojskowość.

Z tem wszystkiem przyznać należy, że choroby weneryczne a między nimi przedewszystkiem kiła liczebnie się zwiększają. Kol. Z. wypowiada to zdanie na podstawie wrażenia, które wynosi ze swojego oddziału. Dokładnemi datami nie może na razie służyć Kolegom, gdyż wymaga to mozolnej i długiej pracy. Aby módz przedłożyć cyfry sprawiedliwe, należałoby wykluczyć wszystkich zamiejscowych chorych i tych, którzy w ciągu lat kilkakrotnie zgłaszali się do szpitala na leczenie z powodu nawrotów kiły.

Kol Z. potwierdza wypowiedziane tutaj twierdzenie, iż wrzód miękki występuje nieraz liczebnie bardzo mało. Przypomina sobie lata, w których w ciągu całego roku naliczono zaledwie kilka przypadków wrzodu miękkiego, podczas gdy kiła nie zmniejszała się. Wkrótce, bo nieraz w najbliższym miesiącu następnego roku występuje on znowu znacznie częściej. Czemu to przypisać? nie umie odpowiedzieć na to pytanie, jakkolwiek często się nad niem zastanawiał! To pewna, że nie można tego przypisywać wyłącznie gorliwości organów czuwających nad uregulowaniem prostytucyi.

Kol. Z. na uwagę kol. Schwarza, iż on u kobiet publicznych tak rzadko spostrzegał wrzód pierwotny, przypomina, że o temże samem przekonać się można u kobiet nie oddających się prostytucyi.

Przytoczyć należy dalej, iż co się tyczy wojskowości, daty ich statystyczne wykazują, iż od czasu terytoryalnego rozmieszczenia armii, to jest od czasu, w którym wojska stoją załogą w swoich powiatach, z których się rekrutują i nie zmieniają tak często miejsca, liczba chorób wenerycznych w armii zmniejszyła się. Tłómaczy się to nawiązaniem stosunków znajomości między wojskowością a płcią żeńską.

Jak zapobiegać szerzeniu się chorób wenerycznych w ogólności a kiły w szczególności? Na to pytanie na tem miejscu odpowiedzieć bez odpowiedniego przygotowania się jest trudno. Prostytucya, nad uregulowaniem której od niepamiętnych czasów głowy sobie łamiemy, ma swoją olbrzymią literaturę i historyę. Mnóstwo odbyto narad i spisano aktów w tej materyi a nie przyszliśmy do żadnego stanowczego rezultatu.

Rzecz pewna, że uregulowanie prostytucyi ma wszędzie na celu między innemi zadaniami ściganie prostytucyi tajnej; od organów zatem czuwających nad prostytucyą zależeć będzie ściśle wypełnianie tego zadania. Wyśledzić jednak i udowodnić, która kobieta oddaje się, że tak powiem, nieprawnie prostytucyi, nadzwyczaj trudno. W niektórych państwach znajduje się osobny wydział policyjny, oddający się wyłącznie temu zadaniu. Wiadomo powszechnie, jak chętnie wyłamują się kobiety publiczne od oględzin lekarskich. Tę niechętność spostrzegamy u wszystkich kobiet publicznych bez wyjątku; kobiety publiczne pod wielu względami są kosmopolitkami, ich zwyczaje i obyczaje bez względu na narodowość są wszędzie jednakie.

Do lekarza należy tylko zbadanie osób przez odpowiednie organa jemu wskazanych. Nad to nic więcej on nie zdoła uczynić i nie powinien czynić.

W szpitalach naszych dla chorób wenerycznych powinny być stanowczo osobne oddziały dla kobiet publicznych. Im powinno być bezpłatne leczenie zapewnione, żywienie polepszone. Na przykładach ilustruje kol. Z., jak zgubny wpływ wywierają kobiety publiczne w czasie swego pobytu w szpitalu na inne chore, nie oddające się prostytucyi.

Leczenie chorych udających się do szpitala powinno być bezpłatne; w ogóle przyjęcie do szpitala w celu leczenia powinno być bezwarunkowo ułatwione a tajemnica chorego ściśle przestrzegana.

Co do domów publicznych, kol. Z. oświadcza się przeciw nim, gdyż domy takie ludność miejscową demoralizują; sprzyjają one tylko wzmaganiu się prostytucyi a w końcu nie dają wcale gwarancyi zmniejszania się chorób wenerycznych, jak o tem świadczy statystyka chorób wenerycznych w ościennych krajach.

Kol. Borzęcki sądzi, że dla profilaktyki chorób wenerycznych ważnemby było w domach publicznych badanie mężczyzn.

W odpowiedzi kol. Borzęckiemu twierdzi kol. Z., że i te domy, w których mężczyźni również podlegają rewizyi, nie dają więcej gwarancyi od innych.

Kol. Schwarz: Sposób podany przez kol. Borzęckiego nie wystarczyłby, nie tyczy się bowiem tajnej prostytucyi, jest zatem połowiczy i jako taki nie prowadzi do celu.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Sprawozdanie z V. zjazdu Towarzystwa dermatologicznego niemieckiego w Gracu.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Stósownie do uchwały powziętej na zeszłorocznym zjeździe dermatologów we Wrocławiu, odbył się tegoroczny zjazd w Gracu w dniach 23., 24. i 25. Września 1895. Za przedmiot do dyskusyi obrano pęcherzycę (*pemphigus*) a jako drugi temat: wpływ leczenia rtęcią w okresie kiły wczesnej na kiłę trzeciorzędną.

Referentami pęcherzycy byli Kaposi i Rosenthal z Berlina. Kaposi opierając swoje spostrzeżenia i doświadczenia na materyale klinicznym z ostatnich 25 lat, obejmującym 300 przypadków a obok tego 100 przypadków z własnej praktyki przychodzi do następujących wniosków:

Pęcherzyca jest chorobą ciężką, o wybitnych, przebieg i obraz kliniczny znamionujących cechach. W ciągu przebiegu postacie łagodne (*p. vulgaris*) nierzadko przechodzą w złośliwe (*p. foliaceus* i *vegetans*) i naodwrót. Przyczyna choroby zupełnie nieznana, występuje nagle u ludzi poprzednio zdrowych. U chorych Kaposiego procent śmierci wynosił 20%.

Zwracając się do opisanej przez Duhringa *dermatitis herpetiformis* nie uznaje Kaposi jej za chorobę *sui generis* i sądzi, że przypadki chorobowe przez różnych autorów pod tą nazwą opisane były albo liszajem obrączkowym (*herpes circinatus*) albo wielopostacim rumieniem wysiękowym (*erythema exsudativum multiforme*). Brak dostatecznie długiej obserwacyi, nieznaczne zboczenia w obrazie klinicznym choroby

stały się zdaniem mówcy powodem do wprowadzenia całego szeregu nowych postaci chorobowych, które dałyby się pomieścić w ramach pęcherzycy.

Jako drugi sprawozdawca mówił Rosenthal. Opierając się na kilkunastu spostrzeganych przez siebie przypadkach sądzi, że *dermatitis herpetiformis* Duhringa jest chorobą, która nie ma nic wspólnego z *pemphigus*. Przebieg jej jest łagodny, rokowanie zawsze dobre. W dyskusyi Schwimmer przyłącza się do zdania Rosenthala. Procent śmierci chorych swych na *pemphigus* podaje on na 50.

Neisser podziela zdanie poprzednika, że chorobę opisaną przez Duhringa należy wyłączyć jako odrębną; co do etyologii pęcherzycy oświadcza, że większość jego chorych stanowili Żydzi.

Neumann wreszcie, oględniejszy, nie przeczy istnieniu tej choroby, w Wiedniu jednak mimo pilnego zwracania uwagi w tym względzie, do tej pory jej nie widział.

Drugi dzień zjazdu wypełniła prawie zupełnie dyskusya nad pytaniem: czy i jaki wpływ wywiera leczenie rtęcią, stósowane w okresie wczesnym kiły na wystąpienie i częstość zmian trzeciorzędnych.

Niestety nikt (prócz Jadassohna) nie postarał się o statystykę w tej mierze (względnie jedynie rozstrzygającą) i cała też dyskusya zeszła na inny tor, t. j. na pytania: czy lepiej jest chorego (w okresie wczesnym) poddawać leczeniu rtęciowemu wtedy tylko, kiedy są wyraźne objawy chorobowe (leczenie symptomatyczne), czy też idąc za metodą Fourniera, leczyć chorych kiłowych przez przeciąg lat kilku bez względu na brak lub obecność objawów chorobowych badaniu przystępnych (leczenie przewlekłe, przerywane).

Jako pierwszy referent oświadcza się Caspary za leczeniem oględnem, umiarkowanem, stósownie do ciężkości choroby. Doświadczenie wieloletnie pouczyło go, że większość jego chorych po jedno lub dwurazowem leczeniu rtęcią była wolną przez szereg lat (czy na zawsze?) od wszelkich zmian chorobowych kiły. Wprowadzanie bez celu rtęci przez szereg lat, zdaniem jego, nie jest obojętnem dla ustroju. Jedynie kobiety publiczne poddaje leczeniu przewlekło-przerywanemu; Neumann robi to samo tylko z kandydatami do stanu małżeńskiego.

Neisser jako drugi referent w powyższym przedmiocie jest zwolennikiem Fourniera wychodząc z założenia: że choroba przewlekła, jaką jest kiła, powinna być poddaną leczeniu przewlekłemu.

Nie widział on nigdy działania niekorzystnego na ustrój i żadnych następstw przez długie zadawanie rtęci. Spostrzeżenia Kussmaula, tyczące się robotników zajętych w kopalniach rtęci, u których kiła w przebiegu swoim nie różniła się od zwykłego, nie osłabiają, zdaniem mowcy, jej swoistego działania, bo ludzie ci byli pod wpływem otrucia przewlekłego rtęcią, podobnie jak alkoholu, zimnicy, które wpływają niekorzystnie na przebieg kiły. Na poparcie twierdzenia, że jedynie leczenie rtęcią może mieć wpływ na częstość kiły trzeciorzędnej, wspomina o statystyce z okolic, gdzie chorzy kiłowi nie byli temu leczeniu poddawani (północna Rosya, do niedawna Hercegowina i Bośnia), gdzie procent kiły trzeciorzędnej wynosił 80, gdy w naszych stosunkach wynosi 10—12. W dyskusyi wykazuje Jadassohn statystycznie, że wśród kobiet publicznych we Wrocławiu, które albo nie były poddane leczeniu, albo tylko poddane jednorazowemu, procent kiły trzeciorzędnej wynosi 14·3, u leczonych zaś kilkakrotnie za ledwie 4·6%.

Finger, również zwolennik Fourniera, oświadcza się za leczeniem przewlekłem, stósowanem przez pierwsze dwa lata, i dziwi się, dlaczego Caspary stósuje je tylko u kobiet publicznych a Neumann u kandydatów do stanu małżeńskiego a więc u dwu kategoryj chorych, u których przez leczenie chcielibyśmy jak najdokładniej i najśpieszniej usunąć zakażenie.

Kaposi, Schwimmer, Pick i Jarisch występują przeciw leczeniu przewlekło-przerywanemu.

Mraček nie wdając się w ocenienie, która z dwu tych metod jest więcej uzasadnioną, wypowiada kategorycznie, że jego długoletnie spostrzeżenia i doświadczenia utwierdziły go w tem przekonaniu, iż nie ma wyleczenia kiły bez poddania chorego leczeniu rtęciowemu, ale występuje również przeciw metodzie Fourniera. Tak więc dyskusya nad tym przedmiotem nie doprowadziła do wyników stanowczych. Zwolennicy leczenia Fournierowskiego nie przekonali obozów symptomatologów i naodwrót; większość jednak odrzuca sposób leczenia przewlekłego, t. j. zalecany przez Fourniera.

Z szeregu wielu zapowiedzianych odczytów odbyła się część tylko dla braku czasu. O leczeniu kiły wstrzykiwaniami sublimatu według metody Łukasiewicza (dawka jednorazowa 0·05), jednakowoż przez prelegenta zmodyfikowanej, mówił Glück (Polak) z Serajewa, zwracając uwagę na szybkie i korzystne działanie, zwłaszcza w zmianach kiłowych krtani.

Justus przedstawił graficznie zachowanie się ilościowe hemoglobiny u kiłowych w razie leczenia rtęcią i wykazuje, że w pierwszej chwili (6—24 godzin) po wprowadzeniu rtęci do ustroju (ale tylko u kiłowego) zmniejsza się ilość hemoglobiny, dalsze zaś wprowadzanie rtęci powiększa ja do prawidłowej ilości i ta utrzymuje się w ciągu dalszego leczenia na równi (obserwował i badał krew chorych kiłowych przez 3—8 tygodni).

Co do zewnętrznej strony zjazdu, nie był on tak liczny jak poprzednie; liczba uczestników wynosiła około 70. Z Polaków brali udział: Doc. A. Zarewicz z Krakowa, Kozerski i Daniewski z Warszawy i Glück ze Serajewa.

Na miejsce najbliższego zjazdu w r. 1897 zaproponowano Sztrasburg.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Października 1895 r.

— Uczniowie trzech ostatnich lat Wydziału lekarskiego w Uniw. Jagiellońskim zrobili wczoraj szczerą a niespodziewaną owacyę prof. M. L. Jakubowskiemu z powodu mianowania go profesorem zwyczajnym. Wchodzącego do sali wykładowej profesora powitali nader licznie zebrani uczniowie przeciągłymi oklaskami a doktorand Droba w kilku z serca płynących wyrazach oddał hołd zasługom naukowym, nauczycielskim i obywatelskim prof. Jakubowskiego, założyciela i dyrektora szpitala krakowskiego dla dzieci św. Ludwika, spełniającego tak chlubnie swe przeznaczenie naukowe i humanitarne. Do owacyi przyłączyli się także i zgromadzeni lekarze asystenci i złożyli również czcigodnemu profesorowi swe życzenia, do których i my się przyłączamy.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiell. powierzył na mocy upoważnienia Ministerstwa oświaty doc. Drowi F. Sroczyńskiemu prowadzenie kliniki okulistycznej i egzaminowanie z okulistyki aż do ukończenia rokowań z prof. Wicherkiewiczem w Poznaniu o objęcie katedry.

— Na wiadomość o śmierci prof. Oettingera przesłało Towarzystwo lekarzy galicyjskich Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu na ręce prezesa, prof. Walentowicza następujący telegram:

Przesyłamy wyrazy współczucia Towarzystwu lekarskiemu po stracie członka tegoż nieodżałowanej pamięci Dra Oettingera, męża pełnego zasług na polu naukowem i gorliwego obywatela a zarazem prosimy o złożenie kondolencyi rodzinie naszem imieniem.

Dr. Merunowicz, *prezes*. Dr. Świątkiewicz, *sekretarz*.

— Temi właśnie dniami wyszedł z druku w niezwykle pięknem pod względem typograficznym wydaniu **Kalendarz lekarski krakowski na rok 1896.**, wydany na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Dra Jana Raczyńskiego Kalendarz ten, ułożony zresztą zupełnie na wzór roczników poprzednich i zawierający prócz kalendarza kościelnego wiele wiadomości dla każdego lekarza u nas niezbędnych jak np. podręcznik terapeutyczny z dodatkami, wykaz władz sanitarnych, spis abecadłowy lekarzy w W. Księstwie krak. i Galicyi z dodaniem ich siedziby i t. d. mieści w roku bieżącym całkiem nowe a bardzo ważne pod względem praktycznym rozdziały: *O poszukiwaniu prątków gruźliczych, o poszukiwaniu prątków błoniczych, o stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej*. Ponieważ tym sposobem treść odpowiada wszelkim słusznym wymaganiom tak, jak tego uczynić nie mogą wydawnictwa tego rodzaju niemieckie, ponieważ dalej i format bardzo jest dogodny a cena nader przystępna (z przesyłką pocztową poleconą 1 złr. 80 ct), przeto Kalendarz lekarski krakowski polecić możemy sumiennie czytelnikom *Przeglądu lekarskiego*.

— II. wiec Izb lekarskich w Bernie powziął dnia 5. b. m. między innemi następujące uchwały:

1) Sprawę urządzeń dobroczynnych dla lekarzy porucza się do szczegółowego opracowania osobnemu komitetowi, który ma przedłożyć swoje wnioski do orzeczenia każdej Izbie z osobna.

2) Etykę lekarską mają ułożyć Izby lekarskie: szląska, morawska i obie czeskie, a to z uwzględnieniem uchwał Izby lek. wiedeńskiej o reklamie lekarskiej.

3) Reformę studyów i ścisłych egzaminów lekarskich uznaje wiec za niezbędną. Izby lekarskie, o ile tego dotąd nie uczyniły, mają wnieść petycye do ministerstwa oświaty o zwołanie ankiety w tej sprawie, z powołaniem do niej delegatów Izb lekarskich.

4) Wszystkie Izby lekarskie mają wnieść zbiorowe podanie do Ministerstwa Sprawiedliwości z prośbą o wydanie polecenia, by c. k. Sądy zawiadamiały Izby lekarskie o przekroczeniach i wyrokach sądowych na lekarzy tak, jak już zawiadamiają Izby adwokackie i notaryalne.

5) Żądania kilku Izb lekarskich w sprawie reformy ustawy o kasach chorych mają być zebrane w jeden zgodny elaborat, mający służyć za dyrektywę delegatom Izb lekarskich, zaproszonym do mającej się zwołać w tejże sprawie ankiety.

6) Wiec zwraca się do obecnego posła do Rady Państwa, Dra Wolana (z Czerniowiec) z prośbą o popieranie w niej, wespół z innymi lekarzami posłami spraw stanu lekarskiego.

7) Izbą zarządzającą wiecem na rok przyszły obrano Izbę lek. wiedeńską.

— Pytanie, czy uzdrowiska dla suchotników grożą jakiem niebezpieczeństwem dla ludności miejscowej, nabrało praktycznego znaczenia w ostatnich czasach, gdy zaczęto wznosić zakłady przeznaczone wyłącznie dla leczenia osób chorych na gruźlicę płucną. Jakoż trafiły się już w Niemczech przypadki, iż ludność miejscowa w obawie o samą siebie zaczęła stawiać poważne przeszkody dla wznoszenia uzdrowisk dla suchotników na swem terytoryum, podając za przyczynę, iż nagromadzenie znacznej liczby suchotników w jednym punkcie zakazi daną miejscowość i stanie się źródłem znacznego niebezpieczeństwa dla jej mieszkańców. Otóż Dr. Nahm, lekarz uzdrowiska dla suchotników w Falkensteinie w górach Taunus, zakładu czynnego już od r. 1876. zajął się tą sprawą i rozwiązał ją, przynajmniej na teraz dla Falkensteinu, na podstawie dat statystycznych, tyczących się chorobliwości i śmiertelności ze suchot płucnych w latach 20 przed założeniem wymienionego uzdrowiska, jak i po jego założeniu w latach 1877—1894. Otóż z tych dat pokazało się, iż w Falkensteinie przypadło w latach 1856 do 1876. na ogół zmarłych 18·9% suchotników, gdy odpowiednia liczba dla 1877—1894 wynosi tylko 11·9, czyli innemi słowy, że nagromadzenie suchotników w znacznej liczbie nie wywarło żadnego niekorzystnego wpływu na rozszerzenie się suchot płucnych w Falkensteinie. Obawy przeto o zakażenie danej miejscowości przez założenie w niej uzdrowiska dla suchotników są płonne i nieuzasadnione.

— Zupełnie podobne do Morza Martwego w Palestynie znajduje się w północnej Ameryce jezioro, dla swych przymiotów leczniczych Lekarskiem (*Medical Lake*) zwane. Jest ono w Stanie Washingtonie na wyżynie w wysokości 610 metrów nad poziomem Oceanu Spokojnego. Długość jego 1600, średnia szerokość 1200, głębokość wody 18 metrów. Lubo gęstość wody i ilość zawartej w niej soli mają być prawie takie same, jak w palestyńskiem Morzu Martwem, mają żyć przecież w niem pewne zwierzęta, jak mianowicie pewien gatunek bardzo małego żółwia i nieznana gdzieindziej ryba, mająca 20 cm. długości i używająca swych przednich płetw do czołgania się po ziemi, coby wskazywało, że ilość soli w owem jeziorze amerykańskiem nie może być tak znaczna, jak w Morzu Martwem w Palestynie. W odległości 2 kilometrów od jeziora nie ma być żadnej wegetacyi.

— **Nekrologia.** Zmarł w dniu 15. b. m. w 73. roku życia w Warszawie **Leon Konitz**, doktor medycyny i chirurgii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 41. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gartner'sche Fettmilch*). H. Higier: Niezwykle rzadka postać zmiennego skrzywienia bocznego kręgosłupa w przebiegu rwy kulszowej (*scoliosis ischiadica alternans*) (dok.). H. Nusbaum: Medycyna nauką jest czy sztuką? — W *Medycynie* Nrze 41. W. Orłowski: Ludwik Pasteur. W. Ołtuszewski: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 23. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Ludomił Korczyński przedstawi chorych z kliniki wewnętrznej, poczem będzie mówił kol. prof. Bujwid: *O wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych w roku zeszłym przez podkomisyę wodociągową* a kol. Zanietowski młodszy: *O zmianach pobudliwości nerwów w okolicy katody pod wpływem prądów galwanicznych i ich znaczeniu dla elektroterapii.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 26. Października 1895 r. Nr. 43

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: przy ulicy Sebastyańskiej Nr. 8. Telefonu Nr. 103.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Ces. urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Brosiński Greenwich 137, Clarion and 180, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

(Wykład na VII. zjeździe chirurgów polskich).

Podał

Prof. W. A. Gluziński.

Szanowni Panowie! Na wielu punktach dzisiaj chirurgia styka się tak ściśle z medycyną wewnętrzną, tak jedna od drugiej potrzebuje poparcia, iż nic dziwnego, że coraz częściej w zjazdach internistów biorą udział chirurdzy i odwrotnie, usprawiedliwionem jest, iż na zjeździe chirurgów mam zamiar zwrócić uwagę na szczegół drobny, dotyczący przedmiotu obchodzącego dzisiaj tak dobrze chirurga, jak i lekarza chorób wewnętrznych. Chcę mówić o jednym objawie, jaki zauważyłem przy pęknięciu jelita i dostaniu się treści takowego do jamy brzusznej.

Rozpoznanie w ogóle przedziurawienia jelit z jakiegokolwiek powodu powstałe, jak wiemy, nie należy do rzeczy łatwych. Łatwiejsze może ono tam, gdy dzieje się wśród spraw chorobowych, wśród których mamy zwróconą uwagę na to, n. p. wśród przebiegu duru brzusznego, trudne ono szczególnie tam, gdy występuje niespodziewanie i nagle, n. p. przy przebiciu wyrostka robaczkowego. Objawy, jak wiemy, inne będą, gdy treść jelitowa dostaje się do poprzednio otorbionego miejsca, inne, gdy do zupełnie wolnej jamy brzusznej. Tym ostatnim przypadkom chcę poświęcić słów kilka. Jednym z najcharakterystyczniejszych wtedy objawów obok zwykle w następstwie występującej sprawy zapalnej, to wydostawanie się gazów jelitowych, które sprowadzają nam silne wzdęcie brzucha. Odróżnienie jednak tego *meteorismus alvi* od *meteorismus intestinalis*, jaki towarzyszy rozwijającej się w takich razach sprawie zapalnej lub też będący wynikiem sprawy chorobowej, która dała powód do przebicia n. p. dur brzuszny, nastręcza trudności. Uciekamy się w takich razach do badania, czy stłumienie wątroby zwłaszcza w okolicy pachowej nam znikło, czy kształt brzucha jest jednostajny bez zarysowanych na powłokach brzusznych rozdętych pętli jelit, a przytem zwracać należy uwagę na szczegół, który oddał mi nieraz ważne usługi, t. j. badać, o ile szmery oddechowe, tony sercowe są słyszalne przy przyłożeniu ucha na powłoki brzuszne. W stanie prawidłowym tony sercowe, szmery oddechowe są, co najwyżej, słyszalne w okolicy rozdętego żołądka; przy *meteorismus alvi*, przy obecności gazów w jamie brzusznej słyszymy je niżej, a w jednym przypadku pęknięcia wrzodu tyfusowego słyszałem je dokładnie, szczególnie tony sercowe poniżej pępka i to z pewnym podźwiękiem metalicznym. Nie mniej ważnem zdaniem mojem może być objaw, stwierdzamy przy opukiwaniu n. p. klatki piersiowej lub brzucha i równoczesnem osłuchiwaniu pewnej okolicy brzucha, stwierdzony wtedy podźwięk metaliczny słyszalny zdala od miejsca opukiwanego. Objawy te zyskują na znaczeniu, gdy występują one przy równoczesnem, dość nagłem powiększeniu rozmiarów brzucha, jak to miałem sposobność przypadkowo stwierdzić w przypadku następującym.

U mężczyzny lat 52, zdrowego i silnego poprzednio, wystąpił nagle ból w okolicy kiszki ślepej z nudnościami, wymiotami, zaparciem stolca. Badanie przy brzuchu bardzo mało wzdętym wykazało bolesność znaczną, ale ograniczoną, w samym dole brzucha po prawej stronie tuż po zewnętrznej stronie kiszki ślepej. Sama okolica kiszki ślepej i wstępującej przy obmacywaniu tkliwa, ale mniej, niż wspomniane wyżej miejsce. Rozpoznałem *apendicitis*, względnie *periapendicitis*. Po zastosowaniu miejscowego upustu krwi, okładów lodowych, opiatów, poprawa nagłych objawów. W drugim dniu jednak już stan gorączkowy, tętno przyśpieszone, koło 100 uderzeń na minutę wynoszące, miejscowe objawy te same, wyraźnie ograniczone do miejsca poprzednio opisanego, wymioty rzadkie. Mimo mego zakazu chory wieczorem tegoż dnia zeszedł z łóżka dla oddania stolca, stanąłem przy łóżku chorego właśnie w chwili, gdy co dopiero po odbyciu tego aktu ułożył się napowrót. W kilka minut stał się chory niespokojnym, zwraca uwagę, że się w brzuchu „coś stało“,

a obserwując brzuch chorego byłem świadkiem, jak w przeciągu $1/2$ godziny rozmiary takowego wzrastały, jak znikały zarysy jelit, które poprzednio czułem przy obmacywaniu. Bladość twarzy, pot na czole, utrudniony oddech wskutek wyparcia przepony, przyśpieszenie i osłabienie tętna, obok fizycznych objawów opisanych poprzednio, dostatecznie wskazywało na przyczynę całego stanu. Odbyta narada z kolegą chirurgiem tego samego wieczora, przeznaczyła dzień następny na odbycie operacyi. Rano jednak dnia następnego obraz chorego przedstawił się nieporównanie lepiej; objawy zapadu towarzyszące przypuszczanemu przebiciu jelita i dostawaniu się gazów do jamy otrzewnowej ustąpiły znacznie, wejrzenie twarzy znacznie swobodniejsze. Brzuch nieco mniejszy. Bolesności żadnej z wyjątkiem w ograniczonem miejscu po stronie prawej a co najważniejsza, tętno przyśpieszone od początku choroby, tętno miękkie i liczne wieczorem dnia poprzedniego stało się pełniejsze a co do liczby znacznie spadło do 70—72 uderzeń na minutę mimo podwyższonej ciepłoty do 38° C.

To zachowanie się tętna, ta poprawa jego, wobec nalegań chorego i rodziny, zachwiała w postanowieniu odbycia natychmiastowej operacyi, nasunęła bowiem pewne wątpliwości rozpoznawcze. Nagłe powstanie wzdęcia brzucha w przeciągu $1/2$—1 godziny nie mogło bowiem być dostatecznem *criterium*, że gazy dostały się do wolnej jamy brzusznej, wzdęcie brzucha bowiem równie nagle powstać może. Nie mówiąc już o wzdęciu jelit na tle histeryi, byłem świadkiem powstania takiego nagłego wzdęcia po przełomie n. p. ciężkich zapaleń płuc, groźnych w objawach dla chorego. Objawy fizyczne, zniknięcie stłumienia wątroby i brak konturów kiszek i t. d. stanowiące wśród danych stosunków najważniejsze poparcie rozpoznania postawionego, zbałamucone tu zostały względną poprawą stanu chorego a co najważniejsza, dziwna poprawa tętna. Szczegół, o którym chciałbym właśnie słów kilka powiedzieć. Zbałamucony, wyraziłem się, bo błędem było w tym przypadku, żeśmy ewentualną operacyę odsunęli, już bowiem po południu rozpoczęły się te charakterystyczne dla *peritonitis* wyrzucania treści żołądkowej a wieczorem wizyta stwierdziła zupełną zmianę obrazu, bo obraz zapadu wzmagającego się z godziny na godzinę tak, że chory nad ranem życie zakończył.

W przypadku opisanym zatem, objawy fizyczne dały, co dać mogły, nagłe powstawanie bębnicy nie decydowało, ale popierało takowe, przebieg zresztą potwierdził słuszność pierwszego rozpoznania. Dlaczego jednak nastąpiło to zwolnienie tętna w porównaniu do poprzedniego, zwolnienie trwające kilkanaście godzin, które szybko ustąpiło miejsca stanowi wprost odwrotnemu, bo szybko rozwijającemu się śmiertelnemu zapadowi?

Pytanie to tembardziej zasługuje na uwagę, że jak dotąd, miałem je sposobność obserwować jeszcze w dwu przypadkach, raz po przebiciu wrzodu tyfusowego, raz również przy przebiciu wyrostka robaczkowego.

Objaw zdaniem mojem nieodosobniony a ważny, jak się postaram wykazać, bo postępujący w związku z dostawaniem się treści jelitowej do wolnej jamy brzusznej, poprzedzający szybkie rozwinięcie się ogólnej *peritonitis septica*. Przypadki te bowiem dały mi powód do zastanowienia się nad źródłem i przyczyną tego objawu. Kazały mi badać, zkąd to zwolnienie tętna w pierwszych godzinach po dostaniu się treści jelitowych do jamy brzusznej pochodzić może.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z Zakładu higienicznego w Krakowie.

Doświadczenia nad rozpoznaniem gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny.

Podał

O. BUJWID.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

W obu tych przypadkach mieliśmy do czynienia z świeżemi zmianami gruźliczemi, które inną drogą rozpoznane być nie mogły i tylko dzięki tuberkulinie zostały wykryte. Że ogniska te były świeże, na to wskazuje przedewszystkiem w pierwszym przypadku niemożność znalezienia bakteryj, drobna zaś ilość zarazka wykryta pod mikroskopem w drugim. Jedynie szczepienie na świnkach morskich wykonane potwierdziło naocznie w całej pełni rozpoznanie tuberkuliną zrobione. O ile takie kontrolujące szczepienie na świnkach jest ważnem w razach wątpliwych, wskazuje doświadczenie wykonane z gruczołami oskrzelowemi i ogniskiem w płucu znalezionem u Borówki. Ani gruczoły ani ognisko serowate nie były przekrwione pod wpływem tuberkuliny, co zwykle bywa, gdy w ognisku znajduje się żywy, mnożący się zarazek gruźlicy. Istotnie szczepienie na świnkach potwierdziło nieobecność żywego zarazka w tych gruczołach. Jeszcze poważniejsze wyniki dała kontrola na świnkach morskich w trzecim i czwartym przypadku sekcyi, starych krów Osy i Gwiazdy, które nie reagowały pod wpływem tuberkuliny a należały ze względu na pewne objawy: kaszel, wychudnienie, oddech pęcherzykowy, do podejrzanych.

Po zabiciu okazała się u Osy silna motylica *(distomatosis)* wątroby; kanały żółciowe były przepełnione żywemi motylicami w ogromnej liczbie. Przy drobiazgowem oglądaniu płuc pokazało się, że w jednem była drobna jama o gładkich ścianach, połączona z oskrzelem i wypełniona śluzem. Żadnych śladów przekrwienia naokoło nie było. Zdawałoby się zatem, że obecność takiej kawerny, zresztą o wejrzeniu rozszerzonego oskrzela z zastoiną śluzową, może wskazywać na dawniej przebytą sprawę gruźliczą.

Należało zbadać, czy treść owej jamy w płucu, gęsty brunatnawy śluz, zawiera żywy zarazek gruźliczy, co też uskuteczniłem. Po przybyciu do zakładu poddałem śluz badaniu mikroskopowemu, którego wspólnie ze mną dokonali asystent Dr. Kaczyński i pp. medycy Kaczkowski i Maziarski. Zarazka nie wykryliśmy pomimo troskliwego badania. Cząstki śluzu zaszczepiono 2 świnkom morskim; obie pozostały zdrowe. Wynik ten nadzwyczaj ważny praktycznie wskazuje, że osobniki pozornie chore a nawet po przebyciu sprawy gruźliczej, jeżeli nie zawierają żywego zarazka, nie dają tuberkulinowej reakcyi.

Podobne wyniki otrzymaliśmy również u Gwiazdy Sztuka ta 5-latka krowa, wychudzona, kilkakrotnie stanowiona niema cielęcia, wreszcie ma jedno niedorodne, które po zabiciu pokazało się jednak zdrowem. Po dwukrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny w 2 miesięcznym odstępie czasu żadnej reakcyi.

Po zabiciu w dniu 6. Czerwca w 18 godzin po drugiej dawce tuberkuliny, pokazała się również motylica wątroby wysokiego stopnia. Prócz tego w prawym szczycie dwie jamy

o gładkich ścianach, wypełnione żółtawą śluzo-ropą, w wątrobie jedno, drobne, zwapniałe ognisko serowate. Żadnego przekrwienia koło ognisk w płucu i wątrobie nie było.

Zaszczepiono śluzem z jam płucnych dwie świnki morskie, treścią ogniska w wątrobie jedną. W miejscu szczepienia utormowały się guziki, które około miesiąca przetrwały. Zwierzęta pozostały do obecnej chwili, t. j. przeszło 2 miesiące zupełnie zdrowe bez śladu gruźlicy.

Z doświadczeń tych możemy zatem już obecnie wysnuć poważne wnioski praktyczne. Przedewszystkiem otrzymujemy reakcyę u zwierząt z tak drobnemi zmianami, że inaczej pozostałyby one niewykryte. Następnie osobniki pozornie podejrzane, na które skierowaną zostaje cała uwaga hodowcy, zastósowaną izolacya, desinfekcya i t. p. mogą być zdrowe i zarazy nie szerzą, gdy tymczasem rola roznosiciela zarazka przypada właśnie sztukom pozornie zupełnie zdrowym, o kwitnącem zwykle wejrzeniu. Następnie w hodowli bydła rozpłodowego jest bardzo ważnem, ażeby buhaj był zdrowy, gruźliczy bowiem osobnik może szerzyć gruźlicę w całem otoczeniu.

Po zastósowaniu tuberkuliny odrazu można wyłączyć sztuki gruźlicze do innej obory; prosty ten sposób wystarczy do uchronienia bydła od gruźlicy, gdyż, jak wynika z licznych doświadczeń, mianowicie przez Nocarda uskutecznionych, gruźlica szerzy się najbardziej przez bezpośrednie zbliżenie się. Najgorzej oddziaływa gruźliczy osobnik, gdy stoi naprzeciw osobnika zdrowego i kaszląc wprost przerzuca zarazek do narządu oddechowego. Ztąd ta przeważna ilość ognisk w płucach.

Po dokonaniu takiej izolacyi i desinfekcyi żłobu za pomocą obfitego wybielenia świeżo gaszonem wapnem możemy być pewni, że zdrowe sztuki nie ulegną zarażeniu, jeżeli oczywiście inne czynniki również pominięte nie będą a mianowicie, jeżeli służba obory nie przedstawia osobników gruźliczych; często bowiem człowiek szerzy gruźlicę przez pośrednictwo wydzielanej przez siebie plwociny.

Sztuki usunięte, jako zakażone, powinny być utuczone i następnie na rzeź przeznaczone. Przy dobrem odżywianiu gruźlica przez długi czas zostaje umiejscowioną i nie szerzy się na inne narządy, ani na mięśnie, które pozostają zdrowe i do użytku zdatne. Tuberkulina w tym razie nie tylko nie wpływa na rozejście się zarazka po ustroju, ale, mianowicie jeżeli ogniska są drobne i świeże, jak mię o tem liczne, poprzednie próby przekonały, stanowczo oddziaływa na ich dokładniejsze umiejscowienie. Wywołuje ona bowiem około ogniska świeżą sprawę zapalną, która skutkiem nagromadzenia się limfocytów tworzy rodzaj ściany oddzielającej ognisko od tkanki zdrowej.

Tylko u sztuk z bardzo silnie rozwiniętą i już uogólnioną gruźlicą tuberkulina, nieostrożnie w większej dawce zastósowana może wywołać szybkie rozszerzenie się sprawy. Dla tego to tuberkuliny nie należy wstrzykiwać sztukom o bardzo rozwiniętej sprawie gruźliczej, lub też rozpoczynać wstrzykiwanie od bardzo małej dawki.

W ogólności stósując tuberkulinę, gdy nie znamy jeszcze stosunków obory, ani nie wiemy, jak dalece jest rozpowszechniona gruźlica, i czy nie jest zbyt uogólnioną, należy z początku wykonać szczepienie próbne na kilkunastu sztukach, wstrzykując na raz nie więcej nad 0·1 tuberkuliny. Dopiero, gdy się przekonamy, że ta ilość nie daje reakcyi, powinniśmy wstrzykiwanie powtórzyć, stósując na ten raz większe ilości.

Obecnie PP. Wiktorowie mają zamiar każdą nowa sztukę do obory wprowadzaną próbować tuberkuliną, jak również nie będą wypuszczać z obory sztuk do rozpłodu przeznaczonych bez poprzedniego wypróbowania pod względem gruźlicy.

Jest to przykład do naśladowania dla wszystkich poważniejszych hodowców. W ten sposób można będzie z pewnością usunąć z obór naszych plagę gruźlicy, która grozi ruiną dla większości naszych gospodarstw rolnych.

Sposób ten powinien przedewszystkiem być zastósowany w oborach zarodowych, przez kraj popieranych. Tymczasem dotąd mamy przykłady odmienne, mianowicie, że osobniki zakupywane z zagranicy do rozpłodu są zarażone gruźlicą; odpowiedni przypadek mamy w tej chwili w obserwacyi.

Poniżej przytaczam tabliczkę przedstawiającą ciepłotę jednej partyi badanych zwierząt, mianowicie krów, cieląt i świń pod wpływem tuberkuliny. Krowy otrzymały po 0·3—0·4, cielęta po 0·3, świnie po 0·2 tuberkuliny mego wyrobu. Ciepłota u krów i cieląt mierzona w 12—18 godzin, u świń w 9 i drugi raz w 12 godzin po szczepieniu. Podwyższenie się temperatury o 0·5—1° C. wskazuje podejrzenie, podwyższenie zaś na 1·5 i wyżej daje pewność gruźlicy.

Krowy

Nr.		Nr.		Nr.	
1.	38·8—38·[illegible]	18.	38·7—38·6	36.	38·8—38·4
2.	39·2—38·8	19.	38·9—38·8	37.	38·6—38·5
3.	39·0—39·0	20.	39·6—38·6	38.	38·7—38·8
4.	39·2—38·4	21.	39·2—38·9	39.	38·8—38·8
5.	38·8—38·7	22.	39·0—38·4	40.	38·5—38·8
6.	39·0—38·8	23.	38·7—39·4	41.	39·2—38·8
7.	39·9—38·6	24.	38·8—38·4	42.	38·9—38·7
8.	39·2—38·7	25.	38·7—38·4	43.	38·8—38·6
9.	38·8—38·8	26.	38·7—38·2		
10.	38·7—38·5	27.	38·6—40·3		
11.	[illegible]	28.	38·8—38·5		
12.	38·7—38·3	29.	38·9—38·6		
13.	39·0—38·1	30.	38·6—38·6		
14.	38·8—39·9?	31.	39·0		
15.	38·8—38·2	32.	39·2		
16.	38·7—38·7	33.	39·0—38·7		
17.	38·7—38·9	34.	39·1—38·6		
		35.	38·3—38·5		

Cielęta

Nr.	
1.	39·3—39·0
2.	39·1—39·7
3.	39·3—39·1
4.	39·0—38·9
5.	38·7—38·4
6.	39·1—39·0
7.	39·1—38·8
8.	38·9—39·8
9.	39·1—38·9

Cielęta

Wesoła	Nr.	I.	39·1—39·5
Zgoda	„	II.	39·8—40·5
Jagoda	„	III.	[illegible]
Hoża	„	IV.	[illegible]

Świnie

I.	39·2—41—41·2
II.	[illegible]
III.	39·2—38·6—39·7
Kulawa	39·1—39·4—39

W mleku żadnej z tych krów gruźliczych nie znalazłem bakteryj gruźliczych ani bezpośrednio, ani za pomocą szczepienia świnkom morskim. Wprawdzie wymiona wszystkich tych krów były zdrowe, a o ile się zdaje, tylko tak z chorych na gruźlicę wówczas zarazek przechodzi do mleka. Doświadczeń takich nad mlekiem krów gruźliczych robiłem ze świnkami morskiemi 30 z wynikiem ujemnym. Powtórzyło się tutaj to samo, co już w dawniejszych swoich doświadczeniach zauważyłem: w mleku zarazek gruźliczy nie często znaleść można.

---

1. Diagnostique précoce de la phtisie. Revue Internationale de Medecine Nr. 13. r. b.

2. Nocard: Prophylaxie de la tuberculose bovine. 3. Congres de la tuberculose. Streszczenie w *Przegl. lek.* Nr. 6. z r. b.

3. Królikowski: Rozpoznanie gruźlicy. *Przegl. weterynarski* 1893.

4. Walentowicz: Mleko i gruźlica. *Przewodnik higieniczny* Nr. 6. 1895. r.

5. Bujwid: *Gazeta lekarska* Nr. 4. i 30. 1891.
— Archives de Médecine expérimentale. 1892.
— Centralblatt für Bacteriologie T. XVI. Nr. 22.
— *Przegląd lekarski* Nr. 49. 1894.

III. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

P r z y p a d e k IV. (z praktyki domowej). Pani K., lat 25 licząca, od 5 lat zamężna, nie rodziła, nie roniła, ani nie chorowała ginekologicznie. Ostatnią prawidłową regularność miała w połowie Stycznia b. r.; w Lutym nie miesiączkowała, dopiero w połowie Marca pojawiła się znowu krew i odtąd pojawia się codziennie, acz nie w wielkiej ilości, co obok bólów silnych i przeszywających w boku lewym, powtarzających się jednak nie często, skłoniło pacyentkę do szukania u mnie porady w pierwszej połowie Kwietnia b. r. Znalazłem naówczas u osoby drobnej, ale dobrze odżywionej w sutkach klej w małej ilości, zrazy gruczołów mlecznych dobrze wyczuwalne, brzuch płaski i niebolesny, nad lewą pachwiną opór niewyraźny, przedsionek żywo zaczerwieniony, pochwę pulchną, podobnie i część pochwową, prawidłowo ustawioną; trzon macicy był powiększony odpowiednio do 6—8 tygodniowej ciąży, ku przodowi nagięty i głęboko w miednicy ułożony (*retropositio*). Przed macicą i nieco na lewo znajdował się guz wielkości małego jabłka, okrągły, bolesny, łatwo ruchomy, zwłaszcza ku stronie lewej, miękkawy, ale niedający uczucia elastyczności. Po prawej stronie części dodatkowe prawidłowe.

Na podstawie tego wyniku badania i wywiadów rozpoznałem c i ą ż ę t r ą b k o w ą l e w ą; powiedziałem więc pacyentce, że jest poważnie chorą, poleciłem jej udać się natychmiast do domu i położyć do łóżka, zapowiedziałem jej wreszcie odwiedziny mego asystenta, p. Dra A. Rosnera, którego prosiłem, by się jak najrychlej z mężem pacyentki zobaczył i jemu potrzebę operacyi wyjaśnił.

Poraz wtóry widziałem i zbadałem chorą 19. Kwietnia, t. j. w 12 dni po pierwszem badaniu; przekonałem się przytem, że w stanie pacyentki zaszły ważne zmiany. Macica powiększyła się wyraźnie, ale zwiększył się i guz, oraz zmienił swoję postać i swe położenie. Znajduje się on teraz całkiem przed macicą i składa się wyraźnie z dwóch części; jedna okrągła wielkości mandarynki, leży więcej na lewo i przechodzi wyraźnie ku stronie lewej w trąbkę lewą niezgrubiałą, ku prawej zaś stronie w drugą część guza, która jest walcowatą, szeroką, jak miernej grubości kiełbaska i kończy się wolno.

Potwierdziwszy rozpoznanie, zrobione za pierwszem widzeniem pacyentki, nalegałem na operacyą, którą też wykonałem 22. Kwietnia w zakładzie Dra S. Brauna po uśpieniu chorej chloroformem. Narkoza jednak nie była łatwa i przed rozpoczęciem operacyi wystąpił szereg bardzo gwałtownych odruchów wymiotnych, na które poniżej się powołam. Ułożenie chorej podług Trendelenburga na koźle Fritscha; cięcie brzuszne, nie dochodzące do pępka. Zaraz po otwarciu otrzewny uderzyło mnie to, że w jamie brzusznej znajduje się krew ciemna, ale w niewielkiej ilości; zresztą wykazuje badanie naoczne, że w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem leży przed macicą powiększoną prawie na 3 miesiące ciąży guz sino czerwony, miękko-elastyczny, ruchomy i postaci takiej, jak wyżej opisano i jak wskazuje dołączona rycina (fig. 2). Guz ten wychodzi z trąbki lewej i zajmuje jej część kielichową, rozdętą, gdy część trąbki bliżej macicy jest zupełnie prawidłowa i przechodzi od guza łukowato ku tyłowi do rogu lewego macicy. Ujście brzuszne trąbki tej stanowi koniec guza i przedstawia otwór wielkości grochu; otwór

Fig. 2. *).



ten wypełniony jest ciałem miękkiem (*g*), barwy wiśniowej, niby skrzepem krwi. Na szczycie okrągłej części guza widać dziurę (*o*), wielkości pół centa, z której sterczą ku zewnątrz kosmki łożyskowe; brzegi zaś tego otworu okazują cechy zupełnie świeżej, słabo broczącej rany. Lewy jajnik i prawe *adnexa* są prawidłowe.

Przy pomocy igieł Dechampa i grubego jedwabiu podwiązałem guz w *mesosalpinx* i odciąłem od zdrowej części trąbki i od więzadła szerokiego a widzialne na przekroju naczynia podwiązałem osobno cienkim jedwabiem. Po przerwaniu kilku luźnych zrostów w jamie Douglasa i oczyszczeniu jamy brzusznej z krwi zamknąłem jamę brzuszną.

Przebieg pooperacyjny idealny. Dziesiątego dnia zdjęto szwy; rana zagojona doraźnie, pacyentka wyszła z zakładu zupełnie zdrowa.

Tu wspomnieć muszę, że w dwa dni po operacyi odszedł z macicy podczas miernego krwawienia i małych bólów duży strzęp grubej tkanki, niby odlew dokładny jamy macicy; jest to cała błona doczesna macicy z wszystkiemi cechami sobie właściwemi.

Badanie samego guza, uzyskanego przez laparotomię okazuje niektóre tak ciekawe szczegóły, że je szerzej opisać muszę.

Przecinając guz od miejsca pęknięcia do otworu brzusznego trąbki, spostrzegliśmy, że jajo płodowe rozwijało się w większej, okrągłej części guza, która jednak obecnie nie zawiera ani wód ani płodu, lecz tylko łożysko, przeważnie już odklejone i podminowane znaczną ilością krwi. Część łożyska sterczy, jak już wspomniano, do jamy brzusznej przez szczelinę, która powstała w skutek pęknięcia guza. Drugą część guza kiełbasowatą wypełnia szczelnie ciało płodu 3 miesięcznego, który nóżkami zwrócony jest ku łożysku a główką ku ujściu brzusznemu trąbki. Ułożenie płodu jest prawidłowe; jest on kabłąkowato zgięty i końcem główki ugrzązł w ujściu brzusznem trąbki; ciało bowiem owe sino-czerwone, które z ujścia tego sterczy, nie jest niczem innem, jak obrzękiem poprzedzającym, najwyraźniejszem p r z e d g ł o w i e m, usadowionem na lewej kości ciemieniowej, jak to dołączona figura 3. przedstawia. Czaszka odpowiednio temu jest wierna miniaturą czaszki donoszonego dziecka, która zmieniła swoję postać pod wpływem długiego porodu w położeniu czaszkowem drugiem i nosi na sobie wielkie przedgłowie. Pod tym względem, o ile znaną mi jest literatura, jest ten nasz przypadek u n i k a t e m.

Mamy przed sobą p o r o n i e n i e t r ą b k o w e, uchwycone *in flagranti*, w końcu pierwszego ustępu drugiego okresu porodowego, w którym główka przez wąską i mało podatną

---

*) Fig. 2.: *m.* macica, *tr. l.* trąbka lewa, *u u.* brzeg ujścia brzusznego tej trąbki, *g.* przedgłowie płodu, *o.* otwór w szczycie guza.

szparę przesuwać się na zewnątrz zaczyna. Okrągła, większa część guza, obejmująca łożysko z błonami i pozałożyskowy wylew krwi odpowiada macicy, część zaś węższa trąbki przewodowi rodnemu z wąską szparą sromną, która płodowi szybko wysunąć się na zewnątrz nie pozwoliła i defiguracyą główki wywołała. Z obserwacyi pacyentki wynika, że to poronienie trąbkowe powoli się odbywało. Jak wyżej bowiem wspomniałem, znalazłem podczas drugiego badania guz nie tylko znacznie powiększony, ale także w postaci swej zmieniony a w czasie między pierwszem mojem badaniem a drugiem doznawała pacyentka po kilkakroć bardzo dolegliwych bólów kurczowych; do nich sprawę poronienia odnieść należy, gdyż najprawdopodobniej były one objawem skurczów mięśni trąbki, które wywołały najpierw pęknięcie błon a następnie wypchały płód do obwodowego końca trabi; one sprowadziły też odklejenie łożyska z następowem wylaniem się dość znacznej ilości krwi. Krew ta nie mogła odpływać przez ujście brzuszne do jamy otrzewnowej, albowiem drogę tę zatykało ciało płodu szczelnie, musiała się więc w trąbce nagromadzać i wytworzyć t. zw. krwiak trąbki *(haematoma tubae)*.

Fig. 3.



Co się tyczy pęknięcia trąbki, to zdaniem mojem nastąpiło ono w początku narkozy podczas gwałtownych ruchów wymiotnych. Za tem przemawia obok braku objawów podmiotowych u pacyentki w ostatnich dniach przed operacyą, mała ilość krwi znalezionej w jamie brzusznej, (bo ledwo kilkadziesiat gramów) i broczenie z brzegów widocznie świeżej rany. Niezwykłem w tym przypadku jest jeszcze to, że pękła trąbka w miejscu pierwotnej siedziby całego jaja, aczkolwiek ciało płodu tę część trąbki już opuściło. Widocznie jeszcze przed pęknięciem błon płodowych musiała ściana tej części trąbki *ad maximum* być zcieńczałą i w stanie tym pozostawała w skutek nagromadzenia się w niej krwi tak, że silniejsze i nagłe wstrząśnienia, połączone ze zmianą ciśnienia śródbrzusznego wystarczyły do ostatecznego jej przerwania. Co ruchy wymiotne na kilka minut przed operacyą zrobiły, dokonać mogły lada chwila rozmaite ruchy czynne pacyentki. Okazało się zatem, że operacya była dla zdrowia pacyentki potrzebną i że dłuższe odwlekanie z nią byłoby mogło pacyentkę na bardzo poważne narazić następstwa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Rozprawy nad surowicą przeciwbłoniczą na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece.

Podał

Dr. Jan Raczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

W dalszym ciągu swego wykładu zastanawia się Heubner trochę szerzej nad temi przypadkami, w których po przejściu pierwszego okresu choroby nie nastaje powrót do zdrowia, lecz wytwarza się pewien stan przejściowy a dla chorego bardzo groźny, trwający nieraz kilka tygodni. I tak widział on, że czasami w przypadkach, gdzie stósowano surowicę, gdy błony ustąpiły i badaniem bakteryologicznem już nie można było wykazać prątków Löfflera, mimo to dzieci do zdrowia nie przychodziły, lecz pozostawały jeszcze przez kilka tygodni w niebezpieczeństwie życia, znacznie osłabione, smutne, wzbraniając przyjęcia pokarmu, przy słabem i wolnem tętnie, wreszcie albo powoli zdrowie odzyskiwały albo ginęły wśród objawów porażenia serca. Ten stan, który niektórzy tłómaczą następowem zakażeniem ustroju paciorkowcem, wyjaśnia H. w zupełnie odmienny sposób, mianowicie opiera się w tłómaczeniu swojem na analogicznych objawach u zwierząt po wstrzyknięciu im jadów błoniczych i uważa stan ten za przewlekłe zatrucie ustroju toksynami czyli za *marasmus* błoniczy.

Wyniki immunizowania czyli wstrzykiwania u dzieci niedotkniętych jeszcze błonicą a wystawionych na zakażenie celem uchronienia ich, jakkolwiek dotąd dosyć szczupłe, przedstawiają się również korzystnie; w tym celu wstrzyknięto surowicę 64 dzieciom (średnio po 150 — 200 jednostek immunizacyjnych), przebywającym w oddziale szpitalnym (*Charité*). Żadne z tych dzieci nie poniosło z wstrzyknięcia żadnej szkody; dwoje z nich mimo wstrzyknięcia podpadło błonicy, gdyż wstrzyknięto, zdaje się, już w chwili rozwijania się błonicy. Jedno z tych dzieci immunizowanych zapadło na błonicę po upływie 5 tygodni od wstrzyknięcia a ztąd i wniosek, że uodpornienie wystarcza tylko na kilka tygodni. Doświadczeń tych nie uważa H. za dostateczne, aby wydać o nich sąd stanowczy; w każdym razie jednak poczynione spostrzeżenia przemawiają za dalszem ich wykonywaniem.

Obok wstrzykiwania pozostał H. wiernym swoim poglądom i swojej dotychczasowej terapii a więc poleca, o ile możności, jak największy spokój, wewnętrznie w dławcu i skąpej wydzielinie *natrium jodatum*, w razie słabej akcyi serca *liquor ammonii anisatus*, w razie większej *bronchitis* benzol w dużych dawkach, wreszcie przy wytwarzaniu się objawów dławca zawijania (sposobem Paulego), celem wywołania potów, w braku apetytu sztuczne żywienie sondą; zarzuca natomiast wszelką terapię miejscową gardła.

Prawdopodobieństwo działania swoistego surowicy, tak kończy H. swój wykład, zyskuje w moim przekonaniu coraz więcej pewności.

Nie tak stanowczo wyraził swoje przekonanie drugi sprawozdawca, Soltmann z Lipska. Oświadczywszy z góry, że jest zwolennikiem stósowania surowicy, bo za nią dobitnie przemawiają dotychczasowe wyniki, nie może pominąć pewnych wątpliwości, pewnych ciemnych stron całej tej kwestyi dotyczącej błonicy, które czekają dopiero wyjaśnienia. I tak zdaniem S. choroba wywołana w laboratoryum na zwierzęciu przez wstrzyknięcie hodowli prątka błoniczego niezupełnie odpowiada błonicy u człowieka; błonica jest zakażeniem mięszanem, w którem biorą udział obok prątka Löfflera także inne prątki a ciężkość i postać błonicy zależą od rodzaju zakażenia. Nie znamy także zdaniem S. czasu wylęgania się błonicy, nie umiemy objaśnić pewnych objawów. Również wyraża S. przekonanie, że i liczb przytaczanych obecnie na poparcie korzystnego wyniku leczenia nie można brać bezwzględnie w rachubę, gdyż dawniej wychodzono w rozpoznawaniu z innego pojęcia błonicy, nie na wszystkie objawy zwracano tak uwagę, jak to my dziś czynimy.

Wyniki leczenia osiągnięte przez S. są wogóle nader korzystne a najwięcej widoczne są one w leczeniu dławca. S. stracił ze swoich chorych na dławiec i intubowanych tylko 23%, gdy dawniej tracił ich 68%; jeszcze lepszy procent uzyskał Ganghofner, ma bowiem tylko 13% śmierci.

S. zauważył podobnie, jak inni szybkie ustępywanie błon, chociaż w niektórych przypadkach mimo wstrzyknięcia jeszcze tworzyły się świeże błony dalej w gardle a nawet zstępowały do krtani i tchawicy. Szybkość odpadania błon zostaje zdaniem S. w pewnym stósunku do czasu, w którym

wstrzyknięto a mianowicie, im wcześniej wstrzyknięto, tem rychlej odpadały błony.

Korzystny wpływ surowicy na przebieg gorączki nie zawsze bywał bardzo widoczny; częściej spostrzegano natomiast zwolnienie tętna; w okresach końcowych przed śmiercią wynosiło tętno 42 a nawet mniej.

Surowica nie ma wpływu na zapalenie nerek i białkomocz, niema także wpływu na porażenia pobłonicze.

S. oświadcza wyraźnie, że dla stosowania surowicy niema przeciwskazania, a jeżeli nas wogóle coś może wstrzymywać od stosowania większych dawek, to tylko obecność w surowicy kwasu karbolowego.

W końcu wykładu przemawia S. jeszcze za stosowaniem miejscowych środków obok wstrzyknięcia surowicy a kończy zdaniem, że surowica nie jest lekiem swoistym dla błonicy.

W dyskusyi zabrał głos tylko jeden profesor Behring i utrzymywał, że dodatek kwasu karbolowego do surowicy jest koniecznym. Kwas karbolowy jest jedynym środkiem, który we wszystkich okolicznościach zachowuje swoje własności odwietrzania, gdy tymczasem nie mają tej własności dodawane przez Aronsona trykresole. Również i Roux odstąpił od pierwotnego dodawania kamfory, bo nie odpowiadała ona koniecznym warunkom antyseptyki. Dotychczas wypotrzebowano z fabryki w Hoechst, zostającej pod kontrolą Behringa 400,000 dawek surowicy a mimo to nie doniesiono mu ani razu, aby surowica przyniosła choremu szkodę. Pozostanie więc przy kwasie karbolowym tem bardziej, że, jak to już oświadczył w swoim wykładzie, udało się mu wspólnie z Erlichem do tego stopnia wzmocnić surowicę, że dawka składników skutecznych surowicy, zawarta dzisiaj w 10 cm³ surowicy, mieścić się będzie już w 5 cm.³ lub w jeszcze mniejszej ilości.

Szersze poglądy na sprawę leczenia chorób za pomocą przyrządzonych stósownie surowic rozwinął już Behring podczas pierwszego, ogólnego posiedzenia zjazdu w swoim odczycie p. t. *Ueber die Heilserumfrage*. W odczycie tym omawia przedewszystkiem sprawę surowicy błoniczej a to na podstawie danych, udzielonych sobie przez lekarzy surowicę stosujących; wychodząc więc z założenia, że surowica, jak to stwierdzili prawie wszyscy doświadczający, wpływa skutecznie na przebieg błonicy, stara się wykazać bezzasadność stawianych surowicy zarzutów. I tak cyfrom statystycznym, wziętym ze szpitali berlińskich, przemawiającym tak wybitnie na korzyść surowicy, zarzucono, że obecnie stosunkowo daleko więcej chorych na błonicę leczy się w szpitalu, że chorzy ci dawniej leczyli się w domu i również zdrowieli bez surowicy. Behring udowadnia cyframi, z urzędowego źródła pochodzącemi, że zarzut ten jest niesłuszny, gdyż w r. 1894/5 leczono w szpitalach berlińskich 52·9% chorych na błonicę, gdy w roku poprzednim procent tych chorych był większy i wynosił 55·9.

Dobre wyniki leczenia błonicy surowicą w ciągu tego roku naprowadziły przeciwników jej na myśl, że rozchodzić się tu może o wyjątkowo słaby *genius epidemicus* w tym roku. Tymczasem na podstawie odpowiednich liczb udowodnić można, że i ten zarzut jest niesłuszny, gdyż liczba zachorowań na błonicę była w tym roku znacznie większa, co przemawia za złośliwością epidemii, wreszcie, że śmiertelność z błonicy w jednym ze szpitali berlińskich (*Bethanien*), gdzie surowicy niestosowano, jest bardzo wysoka i wynosi 43·1%.

Behring powołuje się także na statystykę zebraną staraniem redakcyi dziennika *Deutsche medicinische Wochenschrift*. Zestawiono tam 10.312 przypadków błonicy; z nich na 5833 leczonych surowicą zmarło 9·6%, z 4479 zaś leczonych bez surowicy zmarło 14·7%. Ale między pierwszymi znajdują się przypadki wstrzykiwane w 2-gim dniu choroby a śmiertelność ich wynosi 4·2%. Gdyby więc leczenie surowicą było odpowiednio przeprowadzone, gdyby wstrzykiwano w drugim dniu wtedy, twierdzi Behring, jego nadzieje wypowiedziane przed rokiem w chwili oddania surowicy w ręce lekarzy sprawdziłyby się, nieumarłoby więcej, niż 5% chorych na błonicę a z 60.000 ludzi rocznie umierających w państwie niemieckiem na błonicę uratowanoby życie 45.000.

Ale surowica ma także znaczenie ochraniające; w tym też celu wobec coraz pomyślniejszych wyników i udowodnionej nieszkodliwości coraz częściej ją już stosują.

W drugiej części swego odczytu donosi Behring, że obecnie prowadzą się badania celem uzyskania surowicy dla cholery, tężca i gruźlicy, badania, które prawdopodobnie uwieńczone będą także pomyślnym wynikiem.

W ścisłym związku ze sprawą surowicy i jej stosowania był także odczyt prof. Bokaia (z Budapesztu) p. t.: *Czas trwania intubacyi w przypadkach wyleczonych dławca błoniczego przed stosowaniem surowicy i przy jej stosowaniu.* B. wykonał od r. 1890 do ostatnich czasów 763 intubacyj; z tego uleczono 268 przypadków. W ostatnich czasach zastósowano u 90 chorych z dławcem intubowanych także surowice i uleczono z nich 45. Z ogromnego tego materyału, ułożonego w tablice przekonywamy się, że czas od chwili intubacyi aż do ostatecznej ekstubacyi bywa bardzo rozmaity, mianowicie tubus może pozostać w krtani od kwadransa aż do 360 godzin. Średnio znajdował się tubus w krtani w czasach przed stósowaniem surowicy 79 godzin, obecnie przy stósowaniu surowicy tylko 61 godzin, przy użyciu surowicy jest więc czas pozostania tubusa o 18 godzin krótszym.

Przy tej sposobności rozstrząsa B. także ważną sprawę następowej tracheotomii. Niektórzy z pedyatrów, stósujących intubacyą w dławcu oznaczają z góry czas, w którym ma być wykonana następowa tracheotomia, a mianowicie oznaczono, że jeśli leczenie intubacyą przeciąga się po za 5 dni, t. j. 5 razy po 24 godzin, jeśli po upływie tego czasu duszność nie ustępuje, należy z obawy przed odleżyną wykonać tracheotomią. B. zapatruje się inaczej na tę sprawę; między chorymi jego, wyleczonymi z dławca za pomocą intubacyi, znajduje się więcej, niż 16% dzieci, u których ten przez innych ściśle oznaczony czas 120 godzin przekroczono, sądzi więc, że nie można w tej mierze ustanowić ogólnego prawidła, lecz, jak zawsze, należy uwzględnić także i inne okoliczności.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

L. p. 88. Z. I., lat 21, wolna z Krakowa. *Cystoma ovarii dextri liberum, cystis dermoidalis in pariete cystomatis.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Nie roniła, nie rodziła. W jesieni 1890. zauważyła w dolnej części brzucha guz, który się stale powiększa.

Stan obecny: Brzuch wypukłony głównie pod pępkiem przez guz wielkości głowy dziecka, sięgający do wysokości pępka. Guz ten o powierzchni gładkiej, zbitości niejednostajnej (w górze i od strony lewej zbitości prawie chrząstkowatej, zresztą elastyczny) jest niebolesny, ruchomy we wszystkich kierunkach. Przy podniesieniu guza ku górze, można wybadać przez podatne powłoki brzuszne szypułę idącą wgłąb miednicy małej. Badanie przez pochwę wykazuje macicę prawidłową, ułożoną ku przodowi i na lewo. Przez sklepienie boczne prawe daje się wyczuć, zwłaszcza przy podnoszeniu guza powyżej opisanego szypuła idąca do prawego rogu macicy.

Dnia 5. Kwietnia po otwarciu powłok brzusznych wytoczono guz całkiem wolny na zewnątrz jamy brzusznej, podwiązano dosyć szeroką szypułę pięcioma podwiązkami

jedwabnemi przy pomocy igieł Dechampa, poczem ją ponad podwiązkami przecięto i guz oddalono. Następnie w zwykły sposób zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Dnia 15. Kwietnia wyjęto szwy brzuszne; rana zgojona *per primam*.

Dnia 29. Kwietnia chora opuszcza klinikę.

W dolnej części przedniej ściany torbielaka wypełnionego masą galaretowatą znajdowała się cysta dermoidalna wielkości średniej pięści, wypełniona masą serowatą i włosami.

L. p. 92. B. A., lat 48, zamężna, ze Zwierzyńca. *Cystoma ovarii dextri ruptum. Peritonitis pseudomyxomatosa. Prolapsus vaginae posterioris. Metritis et endometritis cervicalis.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Przestała miesiączkować przed 2 laty. Rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed trzynastu laty; roniła dwa razy, w trzecim miesiącu ciąży przed ośmiu i pięciu laty. Od 10 miesięcy uważa ciągłe powiększanie się brzucha nie doznając przytem żadnych przypadków.

Stan obecny: Oczy lekko zapadłe, rysy twarzy zaostrzone. Na podudziach aż do kolan obrzęki. Brzuch wypuklony przeważnie pod pępkiem przez guz rozciągający się nad spojeniem łonowem i obu pachwinami w linii środkowej do pępka, po bokach nieco wyżej. Guz ten niebolesny ma powierzchnię nierówną a konsystencyą niejednostajną. Obok guza można wykazać wolny płyn w jamie brzusznej. Badanie przez pochwę: część pochwowa znajduje się nieco niżej i bliżej spojenia łonowego, jest na pół falangi długa, twardsza. Trzon macicy prawidłowej wielkości, przebiega na lewo i ku tyłowi. Sklepienie wiotkie, wolne. Przy spychaniu guza powyżej opisanego z trudnością tylko można dosięgnąć do dolnego odcinka przez sklepienie przednie.

Dnia 11. Kwietnia przystąpiono do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych wypłynęła dość znaczna ilość płynu gęstego, żółtawego. Badanie bezpośrednie wykazało, że mamy do czynienia z guzem wielkości głowy o powierzchni nierównej, guzowatej, zupełnie wolnym, za pomocą szerokiej szypuły połączonym z macicą. W górnej, przedniej części tego guza znajduje się jama wielkości pięści z wieloma zaułkami. Jama ta powstała przez pęknięcie ściany cysty i przez wylanie się treści do jamy brzusznej. Po wytoczeniu guza na zewnątrz podwiązano szypułę jego sześcioma podwiązkami jedwabnemi, poczem przecięto i guz oddalono. Z obawy przed krwotokiem podwiązano jeszcze liczne, porozszerzane naczynia na kikucie szypuły. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej zespojono zwykłym sposobem powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny: Już na drugi dzień po operacyi wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, wśród której chora dnia 17. Kwietnia zakończyła życie.

Sekcya wykazała: *Peritonitis fibrinosa purulenta.* Punktem wyjścia dla sprawy zapalnej było ropienie koło górnego szwu głębokiego w powłokach brzusznych. Jakkolwiek nie myślimy się usprawiedliwiać wobec śmiertelnego zakończenia tego przypadku, gdyż przyczyna śmierci była przy sekcyi całkiem widoczna, jak niemniej punkt wyjścia dla niej, to przecież należy przypuścić, że zmiany na otrzewny *(peritonitis pseudomyxomatosa)*, które znaleźliśmy podczas operacyi, mogły się przyczynić do niekorzystnego zejścia.

L. p. 102. P. M., lat 35, wolna, z Harbutowic. *Cystis ovarii dextri partim accreta. Retroflexio uteri partim fixata.* Leczenie: *Ovariotomia et ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Od trzech lat nie miesiączkuje. Nie roniła, nie rodziła. Od 10 lat uważa powiększanie się brzucha, które postępuje ciągle. W ostatnich miesiącach doznaje duszności i czasami bólów w krzyżach.

Stan obecny: Twarz blada, w obu oczach znaczne zmiany jagliczc. Brzuch jednostajnie wypuklony przez guz o ścianach gładkich, nie dający się ściśle odgraniczyć, elastyczny, niebolesny, okazujący wszędzie wyraźne chełbotanie. Od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 52 cm., obwód przez pępek 112 cm., od *spina anterior superior* do pępka po stronie prawej 33 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, w okolicach lędźwiowych bębenkowy. Badanie przez pochwę wykazuje macicę prawidłowej wielkości, ułożoną w tyłozgięciu. Dolnego odcinka guza od strony pochwy wybadać nie można.

Dnia 5. Maja w uśpieniu chloroformowo-eterowem przystąpiono do wydalenia guza. Po rozcięciu powłok brzusznych przekonano się, że guz zajmujący całą jamę brzuszną wychodzi z prawego jajnika i że przednia jego ściana połączona jest luźnymi zrostami z przednią ścianą brzuszną. Macica ułożona w silnem tyłozgięciu jest wiotkimi zrostami przytwierdzona do tylnej ściany miednicy.

Oddzieliwszy na tępo zrosty między tumorem a ścianą brzuszną, pomniejszono guz przez wypuszczenie około 20 litrów płynu jasnego jak woda i wytoczono go na zewnątrz. Potem podwiązano szypułę pięcioma podwiązkami jedwabnymi przy pomocy igieł Dechampa i przecięto. Następnie oddzielono macicę i przyszyto ją do powłok brzusznych sposobem Czernego-Terriera, poczem zespojono jak zwykle powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Dnia 14. Maja wyjęto szwy, rana zgojona *per primam*.

L. p. 133. K. A., lat 48, zamężna, z Jaworzna. *Inversio vaginae. Prolapsus uteri completus. Metritis universalis. Cystis ovarii sinistri libera.* Leczenie: *Operatio inversionis vaginae met. Freund. Perineorrhaphia met. Lawson-Tait. Ovariotomia. Ventrofixatio uteri met. Leopold.*

Wywiady: Rodziła raz przed 18 laty, poród i połóg prawidłowy. W krótkim czasie po porodzie zauważyła wysuwanie się pochwy ze szpary sromnej w postaci małego guzka, który się ciągle powiększając doszedł do takich rozmiarów, że obecnie przeszkadza jej w chodzeniu. Dotąd nie zasięgała rady lekarskiej. Mocz czasem oddaje z trudnością. O guzie nic nie wie.

Stan obecny: Cała pochwa sterczy na zewnątrz szpary sromnej w postaci guza wielkości prawie głowy ośmiomiesięcznego dziecka. W guzie tym można wybadać w całości macicę tyłozgiętą, do wielkości macicy w 3 miesiącu ciężarnej, twardszą. Szyjka macicy znacznie zgrubiała twarda i wydłużona. Błona śluzowa pokrywająca pochwę jest bardzo znacznie zgrubiała i sucha. Pochwę wraz z macicą bez trudności można odprowadzić. Po odprowadzeniu wejście do pochwy bardzo szerokie tak, że wygodnie można wprowadzić 4 palce; pochwa nadzwyczaj szeroka. Po odprowadzeniu pochwy i macicy można wybadać nad spojeniem guz okrągły, o powierzchni gładkiej, elastyczny, ściśle odgraniczony, sięgający od połowy odstępu między pępkiem a spojeniem łonowem, we wszystkich kierunkach ruchomy, za pomocą szypuły z lewym rogiem macicy połączony.

Dnia 9. Czerwca wykonano najpierw operacyą Freunda, zakładając trzy szwy z grubego drutu srebrnego. Następnie w narkozie chloroformowej w celu zwężenia zbyt rozszerzonej szpary sromnej wykonano *perineorrhaphiam* sposobem Lawson-Taita. Potem przystąpiono do odcięcia cysty całkiem wolnej po podwiązaniu jej szypuły w trzech porcyach przy pomocy igieł Dechampa i do przyszycia trzonu macicy do przedniej ściany brzusznej sposobem Leopolda. Po zeszyciu powłok zwykłym sposobem założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Rany na brzuchu i międzykroczu zgoiły się *per primam.* W skutek tylko zawczesnego (17. Czerwca) wyjęcia szwów macica nie przyrosła do powłok brzusznych, stale się jednak ku przodowi utrzymywała. Pochwa przez druty srebrne dobrze się utrzymuje i nawet przy silnem parciu na zewnątrz się nie wysuwa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

M. Gruber: **Sposoby wykrycia sporyszu w mące i chlebie.**

Autor zarabia kilka miligramów mąki albo chleba kilkoma kroplami wody na szkiełku, nakrywa je szkiełkiem nakrywkowem a następnie ogrzewa aż do zagotowania się, przyczem skrobia wkrótce pęcznieje dostatecznie, by ją można obejrzeć dokładnie. Jeżeli skrobia nie rozpęcznieje całkowicie, co się wydarza, jeżeli się wzięło nieco więcej mąki, wtedy dodaje się na brzegu szkiełka nakrywkowego jeszcze kilka kropel wody i powtórnie gotuje. Szczątki sporyszu są budowy tak cechującej, że ich nie można pomieniać ze żadnym innym składnikiem mąki żytniej i każdy jako tako wprawny w badaniu drobnowidowem, obeznany z tkanką sporyszu, pozna ją odrazu w mące albo w chlebie badanym.

Jeżeli mąka zawiera mało sporyszu, bada się preparat w 100—120krotnem powiększeniu. Szczątki sporyszu przy tem małem powiększeniu odrazu uderzają przez silne łamanie światła (bo zawierają tłuszcz), przez barwę fiołkową przyskórka, zielonawo-żółta rdzenia i przez właściwe ząbkowane kontury. Gdy się znachodzą takie podejrzane szczątki, wtedy ogląda się je dokładniej w 300—400krotnem powiększeniu celem przekonania się, czy rozpoznanie było dobre. Im więcej nabyło się wprawy w badaniu, tem rzedziej popełnia się pomyłkę. W znaczniejszem powiększeniu ustaje wszelka wątpliwość. Miąższ sklerotyny i rurki zarodnikowe ściśle do siebie przylegające, poplątane i ze sobą zrosłe nie dadzą się zapoznać.

Jeżeli mąka zawiera dużo sporyszu, wtedy można widzieć takie szczątki w każdym preparacie i zbadać je można w kilku minutach.

Autor brał za pomocą małej łyżeczki prawie równe ilości mąki zanieczyszczonej sporyszem i znachodził przy 5, 4, 3% sporyszu w każdem polu widzenia liczne jego szczątki. Jeżeli go było w mące 2%, wtedy w każdym preparacie było takich szczątków 20—30; w 1% było ich 10—15, w 0,5% 5—6, w 0,2% 3—4, w 0,1% 1—2. Dopiero w 0,05% można je widzieć zaledwie w każdym drugim preparacie. Ma się rozumieć, że autor do podanych liczb nie przywięzuje wielkiego bardzo znaczenia, jako miary, bo oprócz ilości badanej mąki trzeba uważać także, jak miałko jest ona zmełta. W każdym razie przez porównanie można w przybliżeniu oznaczyć ilość sporyszu.

Autor uważa swoją drobnowidową próbę za równie czułą, jak najlepsze badanie kolorymetryczne a przypisuje jej tę wyższość, że można za pomocą niej badać szybko, dokładnie i to zarówno chleb, jak i inne pieczywa. *(Archiv f. Hygiene.* Tom XXIV, Zeszyt 3. i 4). *Dr. Buszek.*

E. Gotschlich: **Znaczenie higieniczne grzyba domowego.**

Autor dowiódł przez doświadczenia na zwierzętach i przez hodowanie grzyba domowego w rozmaitej ciepłocie, że nie można mu przypisać znaczenia ani trującego ani pasorzytnozakaźnego tak dla ustroju ludzkiego jak i zwierzęcego. Grzyb ten tak niebezpieczny dla drzewa, jest całkiem niewinny dla człowieka. Nie wysnuwa atoli autor ztąd wniosku, aby go w domach nie tępić. Jest on ważną higieniczną wskazówką, że istnieje nadmierna wilgoć ścian i powietrza, która może sprowadzić szkodę dla zdrowia. Z tego powodu i mieszkania z grzybem domowym uważa autor za szkodliwe zwłaszcza, że i woń gnijącego grzyba dla osób nerwowych bywa nieznośna. *(Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionkrankheiten.* Tom XX, Zeszyt 3). *Dr. Buszek.*

Choroby zakaźne.

Carasso: **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc.**

C. podaje cztery historye chorych, u których gruźlicę stwierdził bakteryologicznie a którzy po zastosowaniu przez czas dłuższy jego metody, t. j. nieprzerwanych wdychiwań eterycznego olejku miętowego *(oleum essentiale menthae piperitae)* w połączeniu z kreozotem i forsownem żywieniem mieli ze stanu względnie groźnego powrócić do zupełnego zdrowia. *(Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde.* T. XVII. Nr. 9/10. 1895). *Ciechanowski.*

Zapiski terapeutyczne.

126. Bischof (w Augsburgu): O niepożądanych wydarzeniach po miejscowem leczeniu chorób gardła i nosa. Z postępem dyagnostyki na polu rynolaryngologii i coraz dokładniejszem określeniem wskazań terapeutycznych miejscowe procedury lecznicze stały się wcale częstemi i dały zarazem poznać niekorzystne przytem wydarzenia, na które autor w swej pracy zamierza zwrócić uwagę.

Rozpoczynając od miejscowego leczenia chorób nosa wiadomo, iż wśród natrysków *(douche)* do nosa mogą wystąpić rozmaite, niepożądane przypady. Pierwszym z nich jest i to wcale nierzadkim ciężkie zapalenie ucha środkowego. Ażeby go uniknąć, należy w natryskach do nosa przestrzegać pewnych prawideł a mianowicie nie wolno wprowadzać do nosa płynu pod zawielkiem ciśnieniem (7 cm. ciśnienia płynu wypływającego z oliwki, co najwięcej) i nie wolno pozwalać chorym podczas przepłukiwania nosa ani kaszleć ani łykać. Podczas tego rękoczynu winno się głowę chorego pochylić nieco naprzód i wpuszczać płyn do ciaśniejszej połowy nozdrzy. Po skończeniu natrysku nie wolno używać chustki do wysiąkania nosa w sposób zwykły, lecz należy wydmuchać resztki płynu pozostałego w nosie, przymykając kolejno jedną dziurkę od nosa po drugiej. Płyn użyty do przepłukania nosa powinien mieć temperaturę nieco niższą od letniej; powoli można używać temperatury coraz niższej. Woda za zimna sprawia ból, zaciepła zaś prowadzi do zwiotczenia błony śluzowej małżowin usznych.

Po przepłukaniu nosa dobrze jest zatkać uszy watą na 1 do 2 godzin.

Oliwka nie powinna zatykać dziurki od nosa całkowicie ani nie należy zbyt mocno ściskać ją w nosie a to celem uniknienia ciśnienia zawielkiego, którego mogło przezwyciężyć zamknięcie trąbki Eustachego. Również powinno się trzymać oliwkę raczej poziomo, z końcem nawet nieco na dół zwróconym, by promień wody nie uderzał o sklepienie nosa. Koncentracya płynu do przestrzykiwania nosa powinno się odmierzać ściśle, ponieważ płyny za bardzo skoncentrowane, osobliwie przetwory cynkowe i ałun mogą nawet trwale upośledzić zmysł powonienia a dostawszy się do ucha środkowego wywołać jego zapalenie.

Co się tyczy proszków, należy brać z początku słabe i wdmuchiwać niezbyt często, po proszkach bowiem zamocnych przychodzi nieraz do łzawienia utrzymującego się godzinami, nastrzykania spojówek, bólów głowy i w zakresie nerwu troistego a nawet widziano już nieraz zapalenie nosa błoniaste *(rhinitis membranacea)*.

Przyżegania robi się najczęściej kwasem chromowym lub trójchlorooctowym. Pierwszy można wygodnie natopić na zgłębniku srebrnym, bacząc oczywiście, by go nie ogrzać zamocno, gdyżby powstało połączenie chemiczne wcale nieskuteczne. Po przyżegnięciu kwasem chromowym powinien chory nadmiar jego wydmuchać mocno z nosa, przymykając drugą dziurkę od nosa, resztę zaś kwasu należy wydalić przez przepłukanie 1% rozczynem sody a to z przyczyny, iż mała nawet ilość kwasu chromowego, dostawszy się do przewodu pokarmowego mogłaby wywołać ciężkie objawy otrucia. Kwas trójchlorooctowy nie jest w tej mierze tak niebezpieczny, ale kryształki jego trudno przytwierdzić nawet do rowkowanego zgłębnika i ograniczyć tym sposobem jego działanie. Dlatego radzą inni używać do przyżegania zgęszczonego rozczynu kwasu trójchlorooctowego za pomocą waty lub pomazanych nim na cienko odpowiednich narzędzi, przyczem baczyć należy, by przyżegając jedne miejsca nie przyżegnąć przeciwległych miejsc błony śluzowej, ponieważ mogłoby przyjść do rozległych zrostów błony śluzowej, osobliwie w nosach wąskich.

Ażeby zapobiedz takim zrostom, proponowano miejsca przyżegnięte powlekać maścią a następnie wkładać blaszki staniolu, powleczone maścią eurofenową lub jodoformową. Również dobrze zapobiegać zrostom przez codzienne użycie zgłębnika. To niebezpieczeństwo wytworzenia się zrostów tyczy się w wyższym jeszcze stopniu procedur galwanokaustycznych, po których przeto należy wprowadzać do nosa cienkie, stosownie przykrojone paski z kartonu, obwinięte w gazę jodoformową lub nacierać miejsca przyżegnięte zaraz po przyżegnięciu i w dniach następnych za pomocą pęczka waty mocnym (w stósunku 1 : 4) roztworem błękitu metylenowego. Bresgen uważa nawet systematyczne leczenie po galwanokaustyce za niezbędne.

Po galwanokaustyce w nosie pojawić się może nadto cały szereg zboczeń nerwowych a nawet nastąpić śmierć skutkiem zapalenia opon; pochodzi to ztąd, iż nie wie się nieraz na pewno, czy prócz obrzmienia błony śluzowej na małżowinach nie ma jeszcze zmian głębszych, jak n. p. otoku ropnego (*empyema*) w kości sitowej lub klinowej. Że również zakażenie gnilne może pojawić się po krwawych operacyach w nosie, rzecz niewątpliwa. Widziano też po takich rękoczynach różę, ropnicę, zapalenie ucha środkowego i opon mózgowych.

Jakkolwiek z powodu budowy anatomicznej nie można myśleć o dokładnej desinfekcyi nosa i jam do niego przytykających, powinno się mimo tego używać tylko narzędzi wyjałowionych lub desinfekcyonowanych i przed każdą operacyą też desinfekcyonować, ile można, wnętrze nosa.

Do desinfekcyi nadaje się najbardziej roztwór sublimatu w stósunku 1 : 4000 lub kwasu karbolowego w stósunku 2 : 100. Po operacyi dobrze jest na świeże rany wdmuchnąć proszek dermatolu lub jodoformu i zatkać dziurki od nosa watą aseptyczną. W każdym razie winien pacyent po operacyi pozostać przez kilka dni w domu a nawet później wychodząc z domu zatykać sobie dziurki od nosa watą aseptyczną.

Po operacyi w nosie pojawiają się nawet bardzo znaczne krwotoki. Można je tamować tamponowaniem, zapuszczaniem świeżego roztworu nadnadtlenku wodu, termokauterem. Tamponów nie powinno się zostawiać dłużej na miejscu, niż przez 24 godziny. Jeżeli już przed operacyą było ropienie, najlepiej w celu tamowania krwotoku nie tamponować ze względu na niebezpieczeństwo zatrzymania wydzieliny.

Zatrucia kokainą nie są bynajmniej pospolite; zdarzają się jednak i mimo największej ostrożności, ponieważ niektóre osoby są na kokainę nadzwyczaj wrażliwe. Dlatego autor zaleca do pomazywania tylko 10% roztwór kokainy a do podskórnych wstrzykiwań, co najwięcej 2 centygramy tego środka.

Co się tyczy operacyj w gardle, to najniebezpieczniejszem zdarzeniem po wycięciu migdałków jest krwotok. U dzieci krwotok jest nadzwyczaj rzadki i dlatego można u nich wycinać migdałki bez żadnej obawy; natomiast u dorosłych obawiać się trzeba niebezpiecznych nawet dla życia krwotoków w razie stwardnienia tętnic i krwawiaczki (*haemophilia*). Dlatego w tych chorobach i u ludzi bardzo podeszłych nie należy wycinać migdałków a u dorosłych w ogólności trzeba mieć w pogotowiu w razie wycinania migdałków roztwór półtorachlorku żelaza, tampony, nici i igły do okłucia kikuta, termokauter a nawet właściwe uciskadło (*compressorium*).

Przy operacyach w krtani są przypady nieprzyjemne lub niebezpieczne bez porównania rzadsze. Przy użyciu n. p. pędzla może paść kropla na fałd międzynalewkowy (*plica interarytaenoidea*) i wywołać gwałtowny kurcz głośni, który wszakże zwykle rychło przemija i na który najlepiej poradzić choremu, by mocno kaszlnął. Jeżeliby wpadł pędzel lub gąbka do tchawicy, coby mogło zresztą zdarzyć się tylko przy grubej nieuwadze na narzędzia, winien chory naprzód westchnąć głęboko a następnie mocno kaszlnąć. W ostateczności trzebaby zrobić tracheotomią. Pamiętać także należy, że w krtani nie wolno używać zamocnych roztworów leków żrących, mianowicie azotanu srebrowego, ponieważ przez obrzmienie mogłoby przyjść do niebezpieczeństwa uduszenia się chorego. (*Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień i Październik 1895).

127. H. Naegeli-Akerblom (w Rüthi): Zęby a wody do ust. Gdy dawniej dla wód do ust uważano za rzecz najgłówniejszą, by oddechowi odbierały woń nieprzyjemną a zęby utrzymywały białemi, z nastaniem antyseptyki zaczęto do wód do ust używać i środków przeciwgnilnych tembardziej, iż próchnienie (*caries*) zębów polega na działaniu drobnoustrojów. Z początku używano płynnych środków przeciwgnilnych, co jednak napotykało na bardzo wielkie trudności, ponieważ największa część środków wybitnie antyseptycznych do jamy ustnej albo całkiem nie da się zastósować albo tylko w bardzo znacznem roztworzeniu. Wreszcie odpada wiele substancyj antyseptycznych dla swej woni lub smaku. Z tej przyczyny nie łatwo o wodę do ust o wybitnem działaniu antyseptycznem.

W ostatnich czasach zaczęto używać nierozpuszczających się w wodzie środków antyseptycznych, jak mianowicie 1% wyskokowego roztworu salolu, który stanowi także główny składnik tak wszędzie teraz reklamowanego odolu.

Odol zrobiony jest według następującego przepisu:

Rp.	*Saloli*	*3·50*
	Alcoholi (95%)	*90·00*
	Aquae destil.	*4·00*
	Saccharini	*0·20*
	Olei menthae pip. guttas	*40*
	„ *anisi*	
	„ *foeniculi āā guttas*	*6*
	„ *caryophyllorum guttas*	*2*
	„ *cinnamonii guttam*	*1*

Dziwną jest rzeczą, że dotychczas badano tylko wpływ środków desinfekcyjnych na drobnoustroje w jamie ustnej, nie badano zaś ich działania na sameż zęby i jamę ustną.

Bardzo ścisłemi doświadczeniami w tej mierze zajęli się dopiero Hefelmann w Dreźnie i autor, który badał zachowanie się zębów zdrowych i spróchniałych względem rozmaitych środków przeciwgnilnych i wód do ust, oznaczając ciężar zębów przed doświadczeniem i po doświadczeniu.

Z poszukiwań tych wypada, że ze środków obecnie używanych nie ma ani jednego, któryby był dla zębów nieszkodliwym, rozumie się z zastrzeżeniem, iż doświadczeń w tym względzie dokonano poza ustrojem. Zważywszy atoli, jak krótko wszelkie środki przeciwgnilne i wody do ust pozostają w jamie ustnej, jak prędko mnożą się w jamie ustnej drobnoustroje, wnosić należy, że ich działanie przeciwgnilne schodzi prawie do zera. Głównie przeto w wodach do ust chodzić musi o to, by zębom nie szkodziły a zarazem odwaniały, do czego pomaga swoją drogą wyczyszczenie zębów szczoteczką i wodą. I cena wchodzić powinna w rachubę, bo nie należy płacić n. p. za odol dwie marki, skoro taż sama ilość 3% roztworu wyskokowego salolu z dodatkiem sacharyny i pewnej ilości olejków lotnych kosztuje około 80 feników a działa tak samo. (*Therapeutische Monatshefte.* Październik 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

XI. Posiedzenie naukowe dnia 4. Października 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 35.

1) Przewodniczący, przedstawiwszy nowych członków, koll. Becka, Niemiłowicza i Rozłuckiego wezwał obecnych, by przez powstanie uczcili pamięć zgasłego prof. Oettingera.

2) Kol. Ziembicki okazał preparat z ropnia za życia rozpoznanego i punktowanego w III. zwoju skroniowym. Punkcya z powodu gęstości ropy nie dała rezultatu i chory zmarł.

W dyskusyi zabierali głos kol. Wehr i prelegent.

3) Kozierowski: *O gastrodyafanii* (prześwietlaniu żołądka) z demonstracyą przyrządu.

Prelegent zwraca uwagę na zasadnicze różnice pomiędzy gastroskopią a gastrodyafanią, ponieważ obie te metody, zupełnie się różniące od siebie bywają czasem uważane za podobne a nawet za te same. Metoda prześwietlania żołądka wymaga bardzo dużo cierpliwości ze strony lekarza i chorego, odpowiedniej wprawy w szermowaniu tym przyrządem, wielokrotnego badania tego samego indywiduum, rysowania na powłokach brzusznych granic prześwietlonych narządów, co wszystko w krótkiej chwili i na jednem posiedzeniu uskutecznić się nie da i z tego to powodu przedstawienie funkcyi tego przyrządu może mieć dla dużej liczby patrzących ograniczoną tylko wartość, t. j. poznajomienie się z samą metodą z grubsza, tem bardziej, że w braku odpowiedniego chorego prelegent musi przedstawić działanie gastrodyafanonu na osobie zdrowej o dość jędrnych powłokach brzusznych, co w tych badaniach jest najważniejszą przeszkodą. Następuje obszerne przedstawienie początków i rozwoju tej metody, zacząwszy od r. 1867, w którym lekarz francuzki Milliot sporządził prosty przyrząd i za pomocą niego prześwietlał żołądki zwierząt. Następnie streszcza prelegent prace Einhorna, Reichmana i Herynga, Kuttnera i Jacobsohna a wreszcie Melzinga. Za pomocą tej metody udaje się czasem bardzo pewnie rozpoznać sprawę. Przeświecanie przyczyniło się do wykazania anatomicznych różnic pomiędzy gastreptozą z jednej a gastrektazyą i megalogastryą z drugiej strony. Prelegent zwraca uwagę, że wielu z wyników, które różni autorowie otrzymali za pomocą tej metody, we własnych badaniach nie spotkał, przyznaje jednak, że duże ilości wody wlane do żołądka przed badaniem ułatwiają je i zwiększają rezultaty. Raz udało mu się rozpoznać gastroptozę, raz gastrektazyę w następstwie zwężenia nowotworowego odźwiernika a wreszcie bardzo pouczający przypadek marskości wątroby; więcej doświadczenia w tym względzie nie ma. Metoda ta ma znaczenie pomocnicze dla innych metod rozpoznawczych a powodzenie w badaniu zależy przedewszystkiem od cienkości powłok brzusznych i mocy lampki elektrycznej. (Streszczenie własne).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll. Pisek, Wechsler, Winkowski, Ziembiński, Obtułowicz i prelegent. Sekretarz: *Uhma.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 24. Października 1895 r.

— W dniu 23. b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Sroczyński przedstawił chorego z pierwotnym wrzodem kiłowym spojówki oka. W dyskusyi zabierali głos koll. Borzęcki i Reiss; następnie kol. Ludomił Korczyński przedstawił dwa przypadki z kliniki wewnętrznej. W dyskusyi zabierali głos koll. Sroczyński, Domański, Wiszniewski i prelegent.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 21. Października b. r. odbytem 1) przedstawił Dr. Krzyształowicz przypadek wybitny r y b i e j ł u s k i (*ichthyosis*). 2) Dr. Dwernicki przedstawił chorą, w której prof. Obaliński wykonał równocześnie resekcyę żołądka i resekcyę części jelita grubego poprzecznego z powodu raka. 3) Dr. Wachtel przedstawił przypadek przeszczepienia mięśnia wyprostnego palucha na mięsień strzałkowy długi, operowany przez prof. Obalińskiego metodą Drobnika.

— W Krakowie zawiązało się K ó ł k o m e d y k ó w W s z e c h n i c y J a g i e l l o ń s k i e j i uzyskało zatwierdzenie swego statutu. Celem jego jest: rozbudzać między członkami ruch i życie umysłowe, ułatwiać im zawodowe kształcenie się, utrzymywać życie koleżeńskie a zarazem ćwiczyć się fizycznie. Członkami zwyczajnymi są zwyczajni i nadzwyczajni słuchacze Wydziału lekarskiego, przyjęci przez Komitet Kółka a uiszczający miesięcznie po 50 centów prócz 50 centów wpisowego. Członkami wspierającymi mogą być profesorowie, docenci i asystenci Uniw. Jagiel., którzy składać będą na rzecz Kółka po 5 złr. rocznie. Członków honorowych z grona profesorów mianuje Walne Zgromadzenie na wniosek Komitetu Kółka. Kuratorem Kółka jest obecnie prorektor, profesor Browicz.

— W roku akademickim 1894/5 liczył Wydział lekarski w Warszawie 454 studentów; uzyskało w nim stopień lekarza 62, tytuł lekarza powiatowego 12, stopień dentysty 3, lekarza dentysty 45, doktora medycyny 2.

— Pewien dziennik lekarski francuski podał niedawno jako rzecz godną uwagi pod względem higienicznym, że w Wieliczce istnieje całe miasto podziemne w kopalniach z ratuszem, salami na zebrania towarzyskie, kościołem, teatrem, dobrze zniwelowanemi ulicami, obszernemi placami oświeconemi elektrycznością i ludnością 1000 głów, w której znajduje się wiele rodzin, których członkowie od kilku generacyj nie wyszli na powierzchnię ziemi, dodając do tego ostatniego szczegółu na szczęście znak zapytania, i widzi w tem dowód siły konserwacyjnej chlorku sodu (*ce qui prouve une fois de plus la force de conservation du chlorure de sodium!*) Nie ma co mówić, ale dobra informacya o najsławniejszych kopalniach na kuli ziemskiej, odwiedzanych licznie przez turystów prawie z całego świata cywilizowanego.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, nrze 42. A. Ł o g u c k i: Przyczynek do etyologii ropnia okołomigdałkowego. W. P a p i e w s k i: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gartner'sche Fettmilch*) (c. d.). Z. K r a m s z t y k: Czy medycyna nauką jest czy sztuką? — W *Medycynie*, nrze 42. W. O ł t u s z e w s k i: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (c. d.). H. O d e r f e l d: O gastrostomii sposobem Witzela. — *W Nowinach lekarskich*, zeszycie październikowym: M. M i s i e w i c z: Drobnoustroje dróg moczowych u mężczyzn. A. B e c k: O truciznach powstających w ustroju (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 2. Listopada 1895 r. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, oprócz tego w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Greene Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O zastosowaniu jodku skrobi w chirurgii.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

Słusznie może zapanowało w ostatnich czasach wobec wielu zalecanych środków opatrunkowych pewne niedowiarstwo i sceptycyzm, gdyż technika opatrywania ran doszła do takiego udoskonalenia, że potrzeba dalszych ulepszeń chyba już nie daje się odczuwać. Z drugiej znów strony większa część środków od czasu do czasu, często nawet nader goraco zalecanych zaledwie w małej cząstce odpowiada położonym w sobie nadziejom. Gdy mi w poprzednim roku przypadkowo wpadł w ręce artykuł Majewskiego o użyciu jodku skrobi [1]), wydało mi się zastosowanie jego całkowicie odpowiedniem i uzasadnionem.

Z jodku skrobi bowiem środek głównie działający, jod, może się w każdej chwili wśród sprzyjających stósunków wydzielić i działać skutecznie, przy znanej zaś sile przeciwgnilnej jodu i wobec tego, że i skuteczne działanie jodoformu głównie przecież zdaje się, że zależy od wydzielającego się zeń jodu, sądziłem, że nie od rzeczy będzie, środek ten wypróbować. Jodku skrobi używam przeszło od roku do opatrywania ran i tu zaraz muszę oświadczyć, że mu pewnego znaczenia odmówić nie można.

Przygotowanie tego preparatu jest nader prostem. Całkiem zwyczajną, tylko dobrze sproszkowaną skrobię zaciera się rozpuszczonym jodem. Majewski miesza skrobię ze zwyczajną nalewką jodową. Gdy jednakże skład nalewki, zwłaszcza gdy jest nieco starszą, bywa zmienny, lepiej w tym celu używać świeżo sporządzonego roztworu jodu w eterze. Jeżeli się skrobię dobrze i dokładnie zmiesza z tym roztworem, to jod zupełnie jednostajnie rozdziela się w każdem z osobna ziarnku skrobi, o czem najlepiej się przekonać można pod mikroskopem. Ilość potrzebnego jodu jest dowolna, w moich doświadczeniach jednak 3% dodatek jodu wydał mi się całkowicie dostatecznym i dlatego też wyłącznie później używałem tylko 3% jodku skrobi. Przetwór ten przedstawia się jako ciemno-fiołkowy, nader delikatny, jodem pachnący proszek. Gdy jednak wysuszymy skrobię przed zmieszaniem z jodem ponad kwasem siarkowym, to po zmieszaniu z jodem preparat nabiera barwy jasno-brunatnej, która jednak przy najlżejszem zwilżeniu przechodzi w fiołkową.

Środka tego używałem jako posypki i jako gazy. Fabryka środków opatrunkowych Dobrowolskiego w Podgórzu wykonała na me polecenie 50% gazę. Gazy tej używałem do ran zarówno mających się zgoić przez rychłozrost, jak i przez wtórne gojenie. Pasków gazy używano do tamponowania przetok, proszku zaś do posypywania wrzodów mocno ropiejących lub zgorzelinowych.

Zanim jednak osiągnięte wyniki pokrótce przedstawię, wspomnę o próbach przedsięwziętych w celu wykazania siły przeciwgnilnej tego środka. Jakkolwiek znaczenie każdego środka, jako środka opatrunkowego, nie jest wcale identycznem z jego działaniem przeciwgnilnem w rurce odczynnikowej, jak tego dowodem długotrwały spór o znaczenie przeciwgnilne jodoformu, to przecież należy przyznać, że wśród jednakich zresztą okoliczności, środek działający silniej przeciwgnilnie zasługuje bezwarunkowo na pierwszeństwo. Z moich doświadczeń wynika, że jodek skrobi w dostatecznem zgęszczeniu, do pożywki dodany, rozwój drobnoustrojów na niej w wysokim stopniu wstrzymuje, jak to zresztą wobec znanej siły przeciwgnilnej jodu inaczej być nie może. Dodawałem do pożywki żelatynowej, zwyczajnej 25% do 50% jodku skrobi i wylewałem tę mieszaninę na płyty. Na tak przygotowanej pożywce szczepiłem czyste prątki wąglika, błonicy i ropę, zawierającą o ile można liczne drobnoustroje, równocześnie prowadząc kontrolę na czystej żelatynie. Po zaszcze-

[1]) Ueber ein neues Wundheilmittel, St. Pölten 1894.

pieniu ropy i Löfflerowskich prątków płytki kontrolujące pokrywały się nader licznemi kulturami, gdy na płytach, na których był jodek skrobi, nie można było dostrzedz śladu drobnoustrojów. Przeciw prątkom karbunkuła jodek skrobi okazał się za mało odpornym, gdyż te prątki rozwijały się nawet na 50% płytkach, ale w każdym razie wolniej i leniwiej, niż na płytkach kontrolnych.

A teraz kilka słów o wynikach osiągniętych na chorych.

Przedewszystkiem okazał się środek ten tam zawsze skutecznym, gdzie chodziło o przyspieszenie powstawania trwałej i zdrowej ziarniny a zwłaszcza w przypadkach znacznych ubytków, powstałych po wyskrobaniu ognisk gruźliczych w kościach i gruczołach. Już przy pierwszej zmianie opatrunku na 6. lub 8. dzień cała rana bywała pokrytą zdrową ziarniną, często nawet tak już bujającą, że już wtenczas trzeba było używać kamienia piekielnego (lapisu), szczególniej po brzegach rany. Zgorzelinowe wrzody również pod działaniem opatrunku jodku skrobi oczyszczały się szybko. Tamponowanie przetok a zwłaszcza gruźliczych gazą jodko-skrobiową doprowadzały w znacznej liczbie przypadków do celu, wywołując zabliźnienie się przetok a to nawet w tych przypadkach, w których wszystkie inne środki okazały się nieskutecznymi.

Jako nader wielki zysk przy tym środku mogę zwrócić uwagę zgodnie z Majewskim na ten szczegół, że nie widziałem nigdy, by pod jego działaniem powstawał wyprysk, który tak często użycie jodoformu czyni niemożliwem. W przypadkach nawet, w których jodoform wywoływał wyprysk, po zastąpieniu go jodkiem skrobi wyprysk ustępował prędko.

Wziąwszy przytem pod uwagę taniość i bezwonność tego środka, jak również i ten szczegół, żeśmy dotąd mimo nader częstego zastosowania nigdy śladu nawet zatrucia nie doświadczyli, to musimy przyznać, że jodek skrobi w pewnych przypadkach zasługuje na zastosowanie. Wyprzeć jednak jodoformu z użycia nie uda się temu środkowi, gdyż jeżeli opatrunek trochę dłużej leży, to wydziela się z niego nieprzyjemny, przenikliwy odór, od którego w obecnej porze aseptycznej a zwłaszcza przy opatrunkach jodoformowych odzwyczailiśmy się. Jod znajdujący się w jodku skrobi wytwarza z białkiem wydzieliny białkany jodowe, które nie mają trwałego działania przeciwgnilnego.

Tak więc w przypadkach, gdzie chodzi o to, by zbyt rychło nie trzeba było zmieniać opatrunku, musimy nadal pozostać przy opatrunku jodoformowym a tylko w pewnych wyż wymienionych przypadkach możemy zastosować jodek skrobi.

II. Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

(Wykład na VII. zjeździe chirurgów polskich).

Podał

Prof. W. A. Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Z dotychczasowych badań, przeważnie przez fizjologów dokonanych, wiemy, że przez drażnienie narządów jamy brzusznej możemy odruchowo wywołać zmiany w krążeniu. Wiemy, że Goltz przez uderzenie powłok brzusznych sprowadzał zatrzymanie ruchów serca. Tarchanow otrzymywał to u żab przez obmacywanie dotkniętych zapaleniem pętli jelitowych. Mayer, Pribram, Simanowski osięgali przez drażnienie ścian żołądka podwyższenie parcia i zwolnienie tętna, wreszcie Piotrowski, który rozdymał żołądek zwierzętom (psom), wykazał, że w tym przypadku występowały odruchowe zmiany w tętnie, objawiające się jako zwolnienie.

Odruchowe te wpływy jednak, jak każdy odruch, są chwilowemi i dość przejrzeć protokoły z doświadczeń n. p. Piotrowskiego, by się przekonać, że trwają one zbyt krótko, bo kilkadziesiąt sekund, by je tutaj brać w rachubę.

Szukać przyczyny w mechanicznem działaniu gazów w jamie brzusznej, również nie wydawało mi się słusznem wobec wyniku badań Piotrowskiego nad wzdęciem jelitowem ujętego w zdanie: „ciśnienie w jamie brzusznej nie wywiera mechanicznego wpływu na tętno w tętnicy dogłowowej“. Dla pewności jednak badałem sam wpływ powietrza wtłoczonego wprost do jamy brzusznej (sztuczny *meteorismus alvi*) również z wynikiem ujemnym. Badał go Klecki[1]) w mojej pracowni i pozwalam sobie protokół jeden z doświadczeń jego Panom przedłożyć, z którego widać, jak mały wpływ a właściwie żaden nie wywiera *meteorismus alvi* sam przez się na liczbę tętna:

Kot, samiec 3100 grm.	Godzin	Minut	Obwód brzucha	Tętno w 10 sek
Dnia 8. Czerwca 1894.				
wstrzyknięto kurarę	9	20	32·5	—
	9	58	32·5	26
wpuszczono 750 cm.³ powietrza	9	59	42	—
	10	—	42	18
	10	15	42	21
	10	30	42	27
	10	45	42	24
	11	—	42	30
wypuszczono część powietrza	11	20	40	26
	11	30	40	25
	11	45	40	24
	12	—	39	24
	12	15	39	23
wypuszczono resztę powietrza	12	20	33	—
	12	30	33	23
	12	45	34	21
	1	—	33	23

Poza zbadaniem mechanicznego wpływu pozostało jeszcze szukanie przyczyny w działaniu swoistem pewnych składników treści jelitowej, wydostającej się do jamy brzusznej po przedziurawieniu jelita a w pierwszej linii należało zbadać, czy n. p. gazy jelitowe uległszy wchłonięciu, wpływu tego nie wywierają. Zadania tego podjął się Dr. Klecki[2]). Badając w pracowni mojej wpływ miejscowego działania gazów gnilnych na otrzewnę, wciągnął na moję propozycyę również w zakres pracy i wpływ tychże na krążenie. Szereg doświadczeń przeprowadzonych z wszelką kontrolą nie tylko wykazał, że resorpcya tych gazów jest z otrzewny

---

[1]) O miejscowem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę oraz o ich działaniu ogólnem na ustrój. Rozprawy Wydziału matem. przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie l. XXVII.

[2]) l. c.

bardzo szybka, bez porównania szybszą n. p. jak powietrza, ale wykazał szczegół, o który chodziło, t. j., że w lotnych składnikach powstających przez gnicie istot białkowatych znajdują się substancye, które możemy uważać za „trucizny sercowe“, że substancye te wywierają swój wpływ na narząd hamujący ruchy sercowe, że w działaniu ich mamy przynajmniej częściowe źródło i podstawę dla wytłómaczenia tego objawu, t. j. zwolnienia tętna w pierwszych godzinach po dostaniu się treści jelitowej do jamy brzusznej — jaki w przytoczonych przypadkach stwierdzałem.

Jeden z protokołów uwidoczni Panom ten wpływ zwłaszcza w porównaniu z pierwszym.

Kot, samiec 3220 grm.	Godzin	Minut	O[illegible] brz[illegible] cm.	Tętno w 10 sek.	Parcie w [illegible] mie brz[illegible] nej mm. wody
Dnia 21. Czerwca 1894. wstrzyknięto kurarę, uspokojenie się zupełne, wpuszczono 300 cm.³ gazu	10	35	—	—	—
	11	10	27	35	10
	11	15	30	—	40
	11	17	30	28	40
	11	30	29	29	30
	11	45	28	21	20
	12	—	27·5	24	15
	12	15	27	21	10
	12	45	26·5	22	10
	1	—	27	22	10
	1	15	26·5	21	10

Zwolnienie zatem tętna, jakie stwierdzałem w tych przypadkach, znalazło w doświadczeniach tych ugruntowaną podstawę, znalazło wytłómaczenie i ocenę. Zwolnienie to tętna należy zatem do obrazu chorobowego, występującego wtedy, gdy do wolnej, poprzednio zdrowej a więc posiadającej całą swą siłę naturalną resorpcyi otrzewny dostają się lotne składniki powstające przy rozkładzie istot białkowatych pod wpływem bakteryj jelitowych. Łatwo też zrozumieć, że wystąpi on łatwiej tam, gdzie ten rozkład odbywa się żywiej i energiczniej, a więc przy przedziurawieniu dolnych części jelita cienkiego lub początkach jelita grubego może on nie wystąpić, gdy materyał ze substancyj białkowatych do gnicia niedostateczny, n. p. próżny przewód pokarmowy lub okoliczności dla gnicia mniej odpowiednie, jak n. p. w górnej części przewodu pokarmowego.

Rzecz ta wymaga dalszej obserwacyi, by dokładnie ocenić, wśród jakich stosunków symptom ten występuje. Dziś wolno mi tylko powiedzieć, że on istnieje, że daje się pojąć i wytłómaczyć i, jeżeli nie dodatnio, to w każdym razie nie ujemnie, jak w przytoczonym przypadku, na szali rozpoznania zaważyć powinien. Zasługuje on i z tego powodu na uwzględnienie, że można go uważać za objaw I. okresu zatrucia organizmu przez lotne składniki wydostające się z jelit, po którem następuje szybko okres II., będący już prawdopodobnie wynikiem resorpcyi nie samych lotnych składników, lecz i innych, które po przebiciu do otrzewny się dostały lub też pod wpływem mikroorganizmów w jamie brzusznej się wytworzyły, które z jednej strony sprowadziły nam już *peritonitidem septicam*, z drugiej przez resorpcyę ogólne silniejsze zatrucie — okres z szybkiem małem tętnem i innymi objawami zapadu.

Okres ten I., okres zwolnionego tętna, to czas wskazany, czas najodpowiedniejszy dla chirurga do wykonania operacyi i uratowania życia chorego.

III. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Przypadek V. L. prot. 146. z 1895. roku. Dzień przyjęcia 23. Kwietnia 1895.

Pani G. J., lat 32, zamężna od 7 lat, nie rodziła, ale roniła dwa razy w 2-gim miesiącu ciąży, pierwszy raz w kilka miesięcy po ślubie, drugi raz przed 2-ma laty. Przed rokiem leczyła się u specyalisty ginekologa z powodu obfitych upławów i dolegliwości przy moczeniu. Pierwsza regularność w 17. roku życia, z początku regularnie, później w nieregularnych odstępach. Jak podaje, miała się ostatnia miesiączka rozpocząć w końcu Lutego i trwać przez pierwsze dni Marca, ale w tydzień po jej ukończeniu pojawiło się znowu krwawienie, które trwało przez 10 dni. W tym czasie wystąpiły także lekkie bóle dołem, które w jednakowem nasileniu utrzymywały się przez 3 tygodnie. Przed dwoma tygodniami straciła chora nagle przytomność wśród objawów ostrej anemii i wystąpiły bóle bardzo gwałtowne dołem i w krzyżach, które odtąd chorej nie opuszczały a od czasu do czasu zwłaszcza po poruszaniu się, powtarzały się w sposób bardzo dotkliwy. Również i napady omdlenia powtórzyły się jeszcze dwukrotnie. Oddawanie stolca połączone jest z bólami; często też bolesnem bywa oddawanie moczu, czasami są wymioty, ciepłota ciała nie powiększona, tętno około 90.

23. Kwietnia b. r. przybyła chora do kliniki; w dniu tym dokonane badanie wykazało następujący stan obecny: osoba dość dobrze zbudowana, licho odżywiona, niedokrewna; w sutkach wyraźne zrazy gruczołowe, zaciemniona obwódka, kleju nieco za uciskiem; brzuch dołem bolesny znacznie przy ucisku, zwłaszcza nad pachwiną lewą; srom i ściana pochwy żywo zaczerwienione, ale nie sine. Macica, większa wyraźnie znajduje się ku przodowi i na prawo; przez sklepienie lewe i od przodu czuć obok macicy tumor wielkości pięści, elastyczny, bardzo bolesny, mało ruchomy, dający się ograniczyć.

Rozpoznanie: *Graviditas extrauterina, tubaria, sinistra.*

W nocy z dnia 23. na 24. Kwietnia powtórzyły się kilkakrotnie wymioty, przyczem skarżyła się chora na bóle dołem. Postanowiłem operować chorą 25. i w tym celu podano 24. olejek racznikowy i dwie lewatywy, aby wypróżnić jelita chorej. Gdy jednakowoż środki te nie skutkowały, odłożono operacyę na 26. a 25. podano proszki kalomelu po 0·30 i lewatywę, jednak bez wywołania skutku. Tymczasem wieczorem 25. pogorszył się stan chorej, wystąpiły częste wymioty, bóle dołem większe, wreszcie w nocy doznała chora uczucia jakby coś pękło i wylało się do brzucha.

Rano dnia 26. stan chorej był bardzo zły; anemia bardzo wielka, rysy twarzy zaostrzone, oczy zapadłe, tętno bardzo szybkie (142), miękkie, kończyny chłodne. Rozpoznano pęknięcie trąbki i przystąpiono zaraz rano 26. po należytem oczyszczeniu skóry ciała chorej do operacyi.

Narkoza z początku chloroformem, następnie eterem. Ułożenie chorej według Trendelenburga; powłoki rozcięto aż do pępka, nad spojeniem łonowem nacięto w poprzek nieco mięśnie proste. Po otwarciu otrzewny wylało się zaraz z jamy brzusznej trochę krwi płynnej, której ilość sporą w jamie brzusznej znaleziono obok bardzo wielkiej ilości skrze-

pów wypełniających dolną część jamy brzusznej i ułożonych dookoła i powyżej macicy, oraz jej części dodatkowych. Usunawszy część tych skrzepów z ponad macicy, wkłułem w jej ścianę przednią pętlę nitki jedwabnej, by macicę podnieść i ułatwić sobie dostęp do jaja płodowego; macica była ku przodowi nagięta i powiększona na nieco więcej niż 2 miesiące ciąży. Podczas dalszego wygartywania skrzepów od lewej strony macicy spostrzeżono, że trąbka jest przedarta podłużnie w znacznej długości od dołu i tyłu i że z niej sterczało jajo płodowe, przyklejone jednak jeszcze do górnej wewnętrznej powierzchni trąbki na małej przestrzeni. Po wydobyciu jaja uniosłem pęknięta trąbkę a przekonawszy się, że z jej rany, jakoteż z jej powierzchni wewnętrznej ciągle sączy się krew, założyłem na koniec maciczny trąbki i na więzadło szerokie pod nią szczypczyki hemostatyczne Péana, poczem podwiązałem części te za pomocą igieł Dechampa i nitki jedwabnej i odciąłem trąbkę. W kikucie podwiązałem jeszcze osobno naczynia przecięte. W czasie operacyi nie można było utrzymać w jamie brzusznej jelit dość mocno gazami rozdętych; część ich znajdowała się na zewnątrz okryta ciepłymi kompresami, zamaczanymi w płynie Trawela i podtrzymywana przez asystenta. Odprowadzono je do brzucha po oczyszczeniu jamy otrzewnowej, do której w końcu wlano powoli $1^1/_2$ litra ciepłego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, jak to zawsze czynię w końcu laparotomii, skoro stan tętna wskazuje wielkie osłabienie chorej.

Wyjęte z jamy brzusznej jaje płodowe obrosłe jest w trzeciej części swego obwodu gęsto wielkimi kosmkami, które na reszcie obwodu są bardzo skąpe i nikłe; osłony obejmują znaczną ilość wody płodowej a w niej pływa płód, odpowiadający rozwojem swym trzem miesiącom; całe jaje płodowe jest wielkości cytryny a rozwijało się ono w części środkowej trąbki lewej.

Stan chorej po operacyi był dosyć dobry, tętno szybkie i miękkie, ale może nawet nieco lepsze, niż przed operacyą. W kilka godzin po operacyi stan się znacznie pogorszył; tętno stało się bardzo szybkie, nieregularne, chwilami zaledwie wyczuwalne. Zastosowano hipodermoklizę dwukrotnie, eter, lewatywy z wina z dodatkiem kofeiny, wewnętrznie kofeinę, szampan. Tętno się poprawiło, ale zawsze było bardzo szybkie, bo do 150 na minutę. Obłożono chorą ciepłymi workami z piaskiem.

Dnia 27. Kwietnia rano ciepłota ciała 38·6, tętno 160, język suchawy; chora podniecona, rysy twarzy jeszcze więcej zaostrzone, chora jednak całkiem przytomna, chwilami nawet wesoła. Tego samego dnia wieczór ciepłota ciała 39, tętno 160, *meteorismus* mierny, wymiotów nie ma. W nocy z 27. na 28. Kwietnia bardzo obfity wolny stolec z wiatrami.

Dnia 28. Kwietnia rano ciepłota ciała 40, tętno 160, gorsze, bardzo miękkie, chora zaczyna bredzić, kończyny chłodne, oddech ciężki, bardzo przyśpieszony, utrzymuje się mierny *meteorismus*, kilkakrotnie wodnisty stolec. Wśród coraz bardziej słabnącego tętna i utrudnionego oddechu chora o godzinie 2-giej popołudniu dnia 28. Kwietnia zakończyła życie. Zejście śmiertelne nastąpiło w tym razie prawdopodobnie z powodu *peritonitis septica*. Sekcya zwłok wykonaną być nie mogła.

Do pięciu powyższych przypadków dołączam przypadek VI., leczony konserwatywnie w oddziale III. szpitala św. Łazarza, w którym na podstawie wywiadów stanu obecnego i przebiegu rozpoznać musiałem krwistek otrzewnowy w następstwie ciąży zamacicznej.

L. prot. szpit. 111. Dzień przyjęcia 26. Grudnia 1894. K. Z., lat 26, służąca, rodziła raz przed rokiem prawidłowo. Miesiączkowała regularnie, ostatni raz prawidłowo w końcu Października 1894 r. W końcu Listopada regularność nie przyszła i chora przypuszczała, że jest w ciąży. Po połowie Grudnia rozpoczęło się krwawienie; było ono początkowo słabe, następnie silniejsze i z bólami w podbrzuszu połączone. W dniu przyjęcia do szpitala (a więc w dwa miesiące po ostatniej miesiączce) wystąpiło nagle obok dolegliwych bólów w brzuchu i w krzyżach ogólne osłabienie, które szybko bardzo się wzmagało. Chorą przywiozło Towarzystwo ratunkowe z objawami bardzo wysokiej anemii; tętno drobne 156, chora w omdleniu. Badanie dokonane po ocuceniu chorej wykazało, że przyczyną nagłego osłabienia był krwistek otrzewnowy, który wypuklił nisko tylne sklepienie pochwowe, macicę ku przodowi zepchnął a w górnej swej granicy dochodził prawie do wysokości pępka. Że krwistek ten z ciąży zamacicznej pochodził, za tem przemawiały: ustanie miesiączki, przyznanie się chorej, że się za ciężarną uważa, oraz zmiany w sutkach i powiększenie macicy. Zastosowano okłady lodowe na brzuch, podawano środki krzepiące i małe dawki makowca w czopkach a gdy przy tem leczeniu stan ogólny chorej z godziny na godzinę nie tylko się nie pogarszał, ale poprawiać się zaczął, a obmacywanie i opukiwanie brzucha wykazywało, że się krwistek nie zwiększa, ograniczyłem się dalej do leczenia konserwatywnego tem bardziej, że chora poczuwszy się nieco zdrowszą, o operacyi słyszeć nie chciała. Leżała ona w szpitalu do 16. Kwietnia 1895., (więc prawie 4 miesiące), w którym to dniu, czując się podmiotowo wcale dobrze, wyszła na własne żądanie; ale w dniu tym wykazało badanie ginekologiczne w całej dolnej okolicy brzucha opór nierówny, guzowaty, po stronie prawej sięgający na szerokość prawie trzech palców ponad kość łonową, po stronie lewej nieco niżej. Macica była we wybitnej antepozycyi i dekstrowersyi, wyraźnie, acz niewiele, powiększona. Całe sklepienie tylne i oba boczne wypełniał dalszy ciąg tumoru, przez powłoki brzuszne wyczuwalnego; jest on powierzchni guzowatej a zbitości nierównej, zwłaszcza po stronie lewej są miejsca miękkie, jakby chełbocące. Tumor ten jest za dotknięciem bolesny. Podczas pobytu w szpitalu wzniesienia temperatury przez czas dłuższy nie zauważono.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

L. p. 136. M. I., lat 25, zamężna, z Sambora. *Cystoma ovarii dextri papilliferum, intraligamentosum, partim accretum.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Od czterech miesięcy regularność obfitsza i bolesna. Zamężna od 6 lat. Rodziła raz przed pięciu laty prawidłowo. Od kilku miesięcy bóle w dolnej części brzucha po stronie prawej i mniejsze w krzyżach. Od miesiąca uważa powiększanie się brzucha dość szybko postępujące. Często miewa parcie na mocz; stolec zaparty.

Stan obecny: W jamie brzusznej daje się wybadać guz wielkości głowy dziecka rozciągający się do pępka, na boki jednostajnie na szerokość trzech palców od *spina anterior superior*. Guz ten wychodzi z miednicy małej, ma powierzchnię gładką, konsystencyę zbitą, z boku na bok jest miernie ruchomy i niebolesny.

Badanie przez pochwę: Część pochwowa zbacza mocno ku tyłowi, twardsza. Przez przednie sklepienie szerokie można wybadać trzon macicy zbitszy; przez sklepienie boczne prawe czuć dolny odcinek guza powyżej opisanego, który ściśle przylega do macicy i nie daje się od niej oddzielić; wszelkie ruchy tumoru przenoszą się dokładnie na macicę. Przez sklepienie lewe czuć opór elastyczny bliżej oznaczyć się nie dający; opór ten dochodzi do połowy sklepienia tylnego.

Dnia 11. Czerwca wykonano laparotomią. Cięcie skórne poprowadzono pierwotnie tylko do pępka; potem rozszerzono na kilka centymetrów ponad pępek. Po otwarciu jamy otrzewnowej znaleziono co następuje: Pod pępkiem guz pokryty siecią przyrosłą do guza tuż ponad spojeniem. Sieć podwiązano i przecięto. Guz odsłonięty przedstawia się jako tumor wypełniony płynem o ścianach sinawych, pokrytych w całości otrzewną. Macica wypchnięta mocno naprzód dnem przytyka do spojenia i zbacza nieco na lewo. Otrzewna z dna macicy przechodzi wprost na guz sięgający do pępka, który pokrywa całą tylną ścianę macicy i przytyka do jej brzegu prawego najściślej w okolicy rogu. Otrzewna pokrywająca guz przechodzi wprost na dno zatoki Douglasa, które nie jest w górę podniesione. Na prawej ścianie guza leży na nim wyciągnięty wyrostek robaczkowy, ściśle do ściany tumoru przylegający; widocznie guz wrósł między blaszki jego *mesenterium*. Z przodu przechodzi otrzewna częścią na dno macicy, częścią (więcej na prawo) na tylną ścianę pęcherza moczowego, więcej zaś jeszcze na prawo na powłoki brzuszne jako otrzewna ścienna.

Mamy więc przed sobą guz jajnikowy, wypełniony płynem, tkwiący między blaszkami prawego więzu szerokiego, guz, który wypełniwszy całą przestrzeń między blaszkami tego więzu odpreparował następnie otrzewnę od tylnej ściany macicy i bezpośrednio do niej przylega, na prawo zaś wsunął się pomiędzy blaszki kreski wyrostka robaczkowatego a częściowo i jelita ślepego. Postanowiono go wyłuszczyć; nie szło to jednak łatwo. Ściana guza przyrosła tak mocno do swojej osłony otrzewnowej, że musiano ją oddzielać siłą, przyczem w kilku miejscach przedarła się ściana cysty. Gdzieniegdzie oddzielanie na tępo było nawet wprost niemożliwe; tam dopomagano sobie nożyczkami. Ostatecznie doprowadzono do tego, że guz tylko w dwóch miejscach połączony był z otoczeniem koło rogu i brzegu prawego macicy w miejscu, gdzieby w zwykłych przypadkach miała być szypuła i koło samej podstawy w części najniższej nad sklepieniem bocznem. W tych dwóch miejscach związek z otoczeniem tak był ścisły, że o oddzieleniu na tępo nie było mowy. Z obawy przed krwotokiem założono w tych dwu miejscach po kilka ligatur z pomocą igieł Dechampa i potem dopiero odcięto guz. Po odcięciu można się było dopiero zoryentować w topografii. *Parametrium* prawe szeroko i głęboko otwarte, ograniczone od przodu i tyłu oddzielonymi od siebie blaszkami szerokiego więzadła, z boku lewego obnażonym z otrzewnej brzegiem prawym macicy. Na prawo rana szła w *mesenterium* wyrostka robaczkowatego. Nadto prawie cała tylna powierzchnia macicy pozbawiona otrzewny, która teraz jako przedłużenie tylnej blaszki więzadła szerokiego znajduje się na dnie jamy Douglasa. Krwawienie w rozranionej tkance łącznej nieznaczne powstrzymano przez podwiązanie kilku małych naczyń. Przystąpiono teraz do pokrycia otrzewną tylnej ściany i prawego brzegu macicy, co uskuteczniono szwem katgutowym ciągłym.

Pozostałą ranę między blaszkami więzadła szerokiego postanowiono traktować ekstraperytonealnie; w tym celu połączono otrzewnę więzadła szerokiego z otrzewną i mięśniami powłok brzusznych szwem jedwabnym, węzełkowym, poczem połączono jeszcze tę torbę ze skórą i do jamy wsunięto dwa setony gazy jodoformowej. Ranę brzuszną zespojono w zwykły sposób. Operacya trwała dwie godziny.

Przebieg po operacyi bezgorączkowy. Stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia.

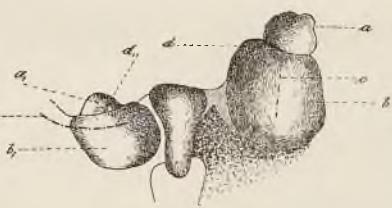
Dnia 15. Czerwca pierwsza zmiana opatrunku. Rana przedstawia się bardzo dobrze; nigdzie nie ma obrzęku i bolesności. Wyjęto setony i założono jeden mniejszy. Odtąd co trzeci dzień zmieniano opatrunek i stósownie do pomniejszania się jamy skracano seton. Jama wypełniała się dosyć szybko granulacyami tak, że chora z chwilą zamknięcia kliniki w dniu 19. Lipca mogła już wyjechać do domu.

L. p. 141. F. B. l. 33., izrael., zamężna, z Wiśnicza. *Cystoma ovarii utriusque partim intraligamentosum, praecipue dextrum.* L e c z e n i e: *Excisio et enucleatio tumoris utriusque.*

W y w i a d y: Zamężna od lat 15. Nie roniła, nie rodziła. Ostatnia regularność odbyła się przed kilku dniami.

S t a n o b e c n y: W okolicy pępka przepuklina wielkości orzecha włoskiego. W obu pachwinach przepukliny, lewa wielkości dużej pięści nie daje się całkiem odprowadzić, prawa wielkości małego jabłka.

W brzuchu można wybadać tumor wielkości głowy dorosłego człowieka, ograniczony, ułożony więcej po stronie lewej, gdzie dochodzi do linii pachowej i sięga aż w okolicę



a, a, części guza niepokryte otrzewną; *b, b,* części guza pokryte otrzewną; *c, c,* cięcie operacyjne; *d, d,* brzeg otrzewny.

podżebrową, w linii środkowej na trzy palce niżej wyrostka mieczykowatego, na prawo przekracza linię środkową na szerokość trzech palców. Guz ten, we wszystkich kierunkach ruchomy ma konsystencyą niejednostajną, przeważnie elastyczną a tu i owdzie są miejsca twardsze. Przy podnoszeniu guza ku górze można wybadać szypułę gubiącą się w miednicy małej.

Nad pachwiną prawą znajduje się drugi guz znacznie mniejszy, od dołu nie dający się odgraniczyć, którego własności dopiero przy badaniu skombinowanem można określić.

Badanie przez pochwę: macica niepowiększona leży ku przodowi; od niej na lewo można wybadać dolny odcinek tumoru powyżej opisanego i szypułę od niego do macicy idącą. Na prawo od macicy daje się wybadać drugi guz, jakby z dwóch złożony, więcej elastyczny, wielkości dwóch pięści, przylegający do prawego boku macicy.

3. Lipca przystąpiono do wydobycia guzów. Powłoki brzuszne rozcięto w długości około 20 cm. z tą modyfikacyą, że worek przepukliny pępkowej zaraz przy prowadzeniu cięcia skórnego odkrojono a potem wycięto. W jamie brzusznej znajduje się mierna ilość płynu surowiczego. Macica prawidłowej wielkości, ułożona w przodozgięciu. Po stronie lewej macicy znajduje się guz wielkości głowy dziecka, w górnej swej części całkiem wolny, w dole przyrosły; po

stronie prawej guz drugi o połowę mniejszy, ściśle przylegający do prawego brzegu macicy, całkiem wolny. Guz po stronie lewej zostawał z macicą w związku zapomocą szerokiej szypuły, z części więzadła szerokiego utworzonej. Guz ten, w $^3/_4$ częściach ułożony między blaszkami więzadła szerokiego, w górnym odcinku nie jest pokryty otrzewną a granica tej części zaznacza się ostro w postaci rąbka otrzewnowego. Tumor po stronie prawej mniejszy, przeważnie między blaszkami więzadła szerokiego prawego ułożony, wyróżnia się również swym górnym, małym odcinkiem wolnym od otrzewny od reszty guza. Guz ten nie posiada żadnej szypuły. Przystąpiono do wyłuszczenia guzów. Skoro nie udała się próba podwiązania szypuły guza lewego, rozcięto wzdłuż na przedniej jego ścianie torebkę otrzewnową i z niewielką trudnością cały guz wyłuszczono z otoczenia. Po podwiązaniu naczyń krwawiących dużą jamę pozostałą po wyłuszczeniu guza zeszyto szwem katgutowym kilkupiętrowym. Następnie przystąpiono do wyłuszczenia guza prawego.

Przecięto z boku prawego torebkę otrzewnową, wyłuszczono cały guz i podobnie jak po stronie lewej zeszyto jamę po guzie pozostałą szwem katgutowym piętrowym. Po dokonaniu toalety jamy brzusznej zaszyto powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg po operacyi był idealny. 12. Lipca wyjęto szwy brzuszne; rana zgojona przez rychłozrost.

L. p. 154. P. M. l. 40., wolna, z Zygartowic. *Cystis parovarii dextri. Pedunculus circa axim ter tortus, inde haemorrhagia in cystim nec non apoplexiae multiplices parietis tumoris et haemorrhagia in textum ovarii dextri, quinquies aucti, subsequente peritonitide incipiente.* L e c z e n i e: *Ovariotomia.*

W y w i a d y: Miesiączkuje zawsze z bólami w dolnej części brzucha po stronie prawej. Rodziła dwa razy prawidłowo. Ostatni poród odbył się przed pięciu laty. Od miesiąca uważa guz w brzuchu. Przed dwoma laty wystąpiły silne bóle w dolnej części brzucha, które dotąd się utrzymują.

S t a n o b e c n y: Osoba wzrostu średniego, odżywienia i budowy miernej, robi wrażenie osoby ciężko chorej. Ciepłota nieco podniesiona, 37·6°, tętno przyśpieszone. W dolnej części brzucha, za dotknięciem się bardzo bolesnej daje się wybadać guz ograniczony, elastyczny, poruszalny, sięgający do pępka. Przez pochwę można wybadać macicę w przodopochyleniu a przez sklepienie tylne dolny odcinek guza powyżej opisanego, do tylnej ściany macicy przylegającego. Rozpoznawszy skręcenie szypuły torbiela jajnikowego z rozpoczynającem się zapaleniem otrzewnej przystąpiono zaraz na drugi dzień, 14. Lipca do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych badanie bezpośrednie wykazało w dolnej części jamy brzusznej guz wielkości głowy dziecka, ciemno-czerwono ubarwiony, o powierzchni gładkiej z połyskiem matowym, całkiem wolny. Do boku tego tumoru przylegał mniejszy guz wielkości i kształtu średniego ogórka o powierzchni nierównej, również ciemno-czerwono ubarwionej. Szypułę guza stanowi więzadło szerokie, $2^1/_2$ razy silnie skręcone tak, że ramiona ostatniego skrętu rozchodziły się ku macicy i ku bocznej ścianie miednicy. Szypułę odkręcono, następnie podwiązano przy pomocy igieł Dechampa podwiązkami jedwabnemi i przecięto. Po oddaleniu guza w zwykły sposób zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny. Badanie guzów po wycięciu wykazało, że tumor torbielowaty nie wychodził z jajnika, tylko prawdopodobnie z *parovarium* i że tam do wnętrza tumoru jak i do ścian w następstwie skręcenia szypuły przyszło do krwotoku. Guz mniejszy był jajnikiem, przynajmniej pięciokrotnie powiększonym w skutek krwotoku od wnętrza miąższu z tej samej przyczyny, gdyż oba guzy miały szypułę wspólną. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. (Ciąg dalszy nastąpi).

Fizyologia.

S o l t m a n n: **Stosunek fizyologicznych własności organizmu dziecięcego do patologii i terapii.**

Wzrost substancyi mózgowej oseska aż do końca pierwszego roku z 380 do 1000 gramów jest w stósunku do ogólnego wzrostu dowodem nader szybkiej przemiany materyi substancyi mózgowej, zawierającej znaczna ilość wody, będącej bez ograniczenia substancyi białej od szarej, bez wyraźnego wykształcenia włókien nerwowych z osobna i ostrosłupów (piramid). Zmiany w przewodzie oddechowym, narządzie trawienia, podniesiony stan gorączkowy, wszystko to odbija się na substancyi mózgowej a objawia się drgawkami, kurczami. Ta drażliwość dziecięcego mózgu, zwana *spasmophilia* jest skutkiem zwiększenia się dyspozycyi odruchowej oseska. Do końca pierwszego roku życia substancya mózgowa nie działa jako organ woli i inteligencyi; to też nie ma wpływu odruchy wstrzymującego. Z początkiem drugiego roku życia pobudliwość nerwów obwodowych jest o wiele większa, niż u dorosłych, ośrodki zaś w korze mózgowej i drogi tamujące zaczynają się rozwijać, więc nie są w stanie powstrzymać odruchów wynikłych z drażnień od obwodu idących. Tem się tłómaczy, dlaczego u osesków kurcze kloniczne łączą się z tonicznemi a między eklampsya a tężcem *(tetanus)* niema różnicy istotnej; tylko stopień objawów i etyologia stanowią o odróżnieniu znaczenia tych spraw chorobowych od siebie.

W drugim okresie dzieciństwa zwiększa się tylko powierzchnia mózgu, gdyż fałdy tworzą się wyraźne, zagłębienie między zwojami coraz znaczniejsze.

W leczeniu chorób nerwowych u dzieci trzeba być ze środkami uspokajającymi, usypiającymi i okazującymi w ogóle pewien wpływ na system nerwowy bardzo ostrożnym a wieku i ciężaru nie uważać za środek do oznaczenia dawki leków, gdyż różny jest wzrost różnych organów z osobna (mózgu szybszy) w stósunku do całego organizmu w wieku oseska. Środki narkotyczne wywierają wpływ nie tylko na stósunki odżywcze komórek mózgowych przez kurczową niedokrewność i przekrwienie, lecz tworzą z pierwoszczem pewnych centrów i zakończeń nerwowych niejako stałe połączenie, wywołują pewnego stopnia obrzmienie i skrzepnięcie plasmy a nawet wytwarzają pewne zmiany anatomiczne i degeneracyjne, sprowadzając zniesienie, względnie osłabienie funkcyi i energii tychże komórek. Makowiec zadany noworodkowi wywołuje objawy zadraźnienia rdzenia pacierzowego, podany zaś oseskowi w dawce obliczonej w stósunku procentowym wieku oseska do dorosłego, a więc w dawce takiej, jak podano w stósunku do noworodka, wywołuje ogólny zapad z obniżeniem ciepłoty, powierzchownym zwolnionym oddechem. Różnice te w działaniu makowca zależą od fizyologicznego, stopniowego rozwoju organów ośrodkowych.

Co do strychniny, to objawy są nader charakterystyczne: Dawka leku tego, wywołująca kurcze u noworodka jest tak duża, jak dla dorosłego tak, że jest prawie względna *immunitas* u noworodka, gdyż nader mała potrzeba oddechu chroni przed „wewnętrznem zaduszeniem", powstałem z zaburzeń w wymianie gazów krwi. Kilkomiesięczny osesek okazuje wielką potrzebę oddechu i oddziaływa tak, jak dorosły na strychninę. Przemiana materyi i cały system krwionośny u osesków okazują tyle różnicy od dorosłego, że tylko im trzeba przypisać występowanie i przebieg pewnych spraw chorobowych u dziecka. Brak rozwoju ośrodków tamujących w mózgu u noworodka i słaby ich rozwój w pierwszym okresie życia oseska a więc brak energii nerwu błędnego i jego zakończeń jest powodem szybkiej akcyi serca i szybkich oddechów u osesków w stosunkach fizyologicznych, a dochodzących w stanach patologicznych bez narażenia przez to na jakiekolwiek niebezpieczeństwo oseska w oddechach do liczby 100, w tętnie do liczby 200.

W tej okoliczności widać częściowy powód tego, iż dzieci znoszą o wiele łatwiej wysokie gorączki i nie ulegają

tak łatwo niedomodze, jak dorośli. Aż do 7-mego roku życia zwiększa się objętość serca z 23 na 100 cm.[3], tętnica płucna jest dalej, niż tętnica główna wstępująca, mechaniczna praca lewej komory jest mniejsza, względna siła prawej komory większa, niż u dorosłego. To nam tłómaczy, dlaczego zapalenie płuc włóknikowe u dzieci daje rokowanie względnie dobre, śmiertelność wynosi 2·5%, w kataralnem zaś zapaleniu płuc śmiertelność dochodzi do 80%; objętość płuc u osesków jest mała, potrzeba oddechu duża a z powodu obustronnych ognisk zapalnych i zagęszczonych powierzchnie oddechowe do *minimum* ograniczone. Ta znajomość stósunków fizyologicznych daje wskazówki do leczenia. Ze stósowaniem naparstnicy i innych pokrewnych glukozydów w zapaleniu płuc i chorobach serca, nieczęsto zresztą się wydarzających a bardzo rzadkich w okresie niekompensacyi należy być bardzo ostrożnym, gdyż nigdy z góry nie można oznaczyć wpływu leku tego na nerw błędny i jego zakończenia z powodu nieoznaczonego stopnia rozwoju energii nerwu; nagle po bardzo krótkim, prawie nieraz dostrzedz się nie dającym okresie podniesienia ciśnienia w tętnicach i zwolnienia tętna występuje spadek w tętnicach ciśnienia, przyśpieszenie i arytmiczność tętna. Inne leki nasercowe, jak *strophantus*, *convallaria majalis*, *adonis vernalis*, sparteina nie mające oznaczonego farmakodynamicznego działania nie powinny być stósowane. Używanie naparstnicy jako środka przeciwgorączkowego w przebiegu wad serca i zapalenia płuc dławcowego jest grubym, szkodę organizmowi przynoszącym błędem w leczeniu. Uwzględniając, że gorączka jest objawem reakcyi organizmu, że wszystkie środki przeciwgorączkowe są mocnemi truciznami dla pierwoszcza, mogącemi wywołać ciężkie zaburzenie nerwowe i zapad bez wpływu korzystnego na swoisty jad chorobowy, jakoteż mając na względzie okoliczność, iż organizm dziecięcy znosi gorączkę bardzo dobrze, twierdzi autor, że wewnętrzna antypireza z wyjątkiem stosowania chininy w małych dawkach jest zbyteczna w przebiegu chorób gorączkowych u dzieci. Znakomite usługi oddaje nam letnia kąpiel (28°—29°) z chłodniejszym tuszem.

Ilość krwi u dziecka większą jest stósunkowo, niż u dorosłego z powodu szybkiej przemiany materyi, lecz skąpsza w stałe, plastyczne składniki krwi. Ciężar gatunkowy krwi wynosi 1·042 do 1·045, surowicy 1·026, ilość hemoglobiny mniejsza, stósunek białych ciałek krwi do czerwonych jest 1:130 a później dochodzi 1:400, ilość ciałek eozynofilnych wynosi 20% wszystkich leukocytów, (w stósunku 2—10% u dorosłych). Ten skład krwi winien być wiadomym każdemu pedyatrze, bo tłómaczy nam, dlaczego dzieci tak mocno oddziaływają na utraty krwi i ulegają nader szybko nieodpowiedniemu pożywieniu lub jego brakowi. W tym razie tem łatwiej można zrozumieć inanicyą i śmierć dziecka, jeżeli uwzględnimy, że szybkiej przemianie materyi i szybkiemu wzrostowi musi towarzyszyć szybkie wytwarzanie się krwi.

W przebiegu chorób gorączkowych i zakaźnych dbać przedewszystkiem trzeba o doprowadzenie w dostatecznej ilości łatwo assymilującego się, płynnego pożywienia, stanowiącego opór zużywaniu się tkanek i ich degeneracyi. Środkiem podtrzymującym tę przemianę materyi jest alkohol, którego obawiać się bynajmniej nie należy. Resorpcya tlenu, wydzielanie bezwodnika węglowego jest u dziecka o wiele większe, niż u dorosłego. Dorosły wydziela na kilogram ciała i godzinę 0·4 do 0·5 grm. CO_2, osesek zaś 1·0 do 1·3 grm., to znaczy, dwa do trzech razy więcej. Organizm dziecięcy potrzebuje dlatego względnie więcej białka i tłuszczu do budowy tkanek, więcej węgleków wodu jako środków białka oszczędzających, więcej soli do budowy kości a przedewszystkiem dużo wody.

Prawie 70% osesków pada ofiarą chorób przewodu pokarmowego, powstałych przez błędy dyetetyczne z powodu podawania niezliczonych, reklamowanych preparatów, mających zastąpić mleko, lecz tylko wtedy mogących spełnić swe zadanie, gdyby żołądek oseska był chemiczną retortą. Niedostateczne wydzielanie się śliny, jej słabe działanie dyastatyczne, mały zapas kwasu solnego (u noworodka nawet brak zupełny wolnego kwasu), mającego rozpuścić przez podpuszczkę w sernik zmienione białko i wywoływać jego peptonizacyą, cylindryczna forma żołądka, mała jego objętość, położenie podłużne, słabo rozwinięta warstwa mięsna wskazują na to, że pokarmy w żołądku nader niedługo się zatrzymują a całe trawienie odbywa się w jelitach, których długość u oseska wynosi 6—8-krotną długość ciała całego. Nader wielka ilość mieszków (follikułów) limfatycznych i duża powierzchnia resorpcyjna jelit jest okolicznością ułatwiająca zużycie i wessanie przyjętych pokarmów. Wydzielina soku z gruczołów jelitowych jest mała, działanie peptonizujące i tłuszcze rozszczepiające, soku trzustkowego w pierwszych miesiącach jest nieznaczne. Ta mała ilość fermentów jest powodem, że łatwo wytwarza się niedomoga wydzielnicza, skoro podano pokarmy skrobiowate, łatwo fermentujące i kwasy wytwarzające. Te fizyologiczne stósunki dają wskazówki do leczenia chorób przewodu pokarmowego ostrych i przewlekłych. Tu nie można tracić czasu na podawaniu środków ściągających, ograniczających wydzielinę, tamujących ruchy robaczkowe, lecz całe leczenie winno być dyetetyczne i podniecające. W przewlekłych chorobach jelit dających powód do stale utrzymujących się niedokrewności, zmian krzywiczych, zaników tkanek, wstrzymania ogólnego rozwoju może odpowiednia, nie drażniąca, płynna, białko i tłuszcz zawierająca dyeta wywołać lepsze skutki, niż podawanie tranów, jodku żelaza znoszącego apetyt, psującego żołądek i wstrzymującego bardziej jeszcze ogólne odżywienie.

Dr. Bolesław Komorowski.

Choroby wewnętrzne.

E. Levy: Odma piersiowa bez przebicia.

Jako przykład odmy piersiowej bez przebicia opisuje autor przypadek przez siebie obserwowany, gdzie przebieg choroby, sekcya i badanie bakteryologiczne istnienie tego rodzaju odmy, jak się zdaje, potwierdzają.

Przypadek ten dotyczy mężczyzny, 48 lat liczącego, nie obciążonego dziedzicznie, który zapadł na zapalenie opłucny z wysiękiem surowiczym. Badanie nie wykazało nigdy prątków gruźliczych. W trzy miesiące po rozpoczęciu się choroby dołączyły się nagle objawy odmy piersiowej a punkcya próbna wykonana w tydzień po wystąpieniu odmy, wykazała płyn surowiczy nieco zmętniały, w którym badanie bakteryologiczne wykryło prątek, bez osłonki, nie poruszający się, anaerob, wytwarzający obfita ilość gazu, opisany dokładnie przez E. Fraenkla z Hamburga (w *Centralblatt f. Bact.* Tom. XIII. Nr. 1. Hamburg 1893). Wykonano następnie resekcyę żebra, choroba jednak zakończyła się ostatecznie śmiercią.

Dokładne oględziny pośmiertne wykazały małe ognisko serowate w dolnym płacie płuca lewego, przebicia jednak ani blizny po przebiciu na opłucny nie znaleziono, wobec czego autor dochodzi do wniosku, że przyczyną bezpośrednią wywołująca w tym przypadku odmę był prątek wyżej opisany (*Archiv f. exper. Pathologie und Pharmakologie* Tom 35).

Dr. Kędzior.

Patologia doświadczalna.

Bongers: O wydzielaniu ciał obcych ustrojowi do żołądka.

Autor wprowadzał psom po 24 godzinnem głodzeniu i dokładnem wypłukaniu żołądka pod skórę lub do odbytnicy jedno z ciał, jak: morfinę, atropinę, apomorfinę, brucynę, weratrynę, kofeinę, chininę, antypirynę, kwas salicylowy, kwas karbolowy, chloroform, wodan chloralowy i aceton; następnie w krótszych lub dłuższych odstępach czasu przepłukiwał żołądek wodą letnią a w otrzymanej treści znajdywał wprowadzone ciało, z wyjątkiem atropiny, jeżeli jej nie podano w dawkach śmiertelnych, apomorfiny i kwasu karbolowego.

Na podstawie tych badań wysnuwa autor wniosek, że ciała te, dostawszy się do obiegu krwi, zostają zaniesione do

ścian żołądka i tu wydalone przez gruczoły lub przez przesączenie. (*Archiv für exp. Path. und Pharmak.* T. XXXV.).

Dr. Kędzior.

Farmakologia.

Manfredi Albanese: **O zachowaniu się kofeiny i teobrominy w ustroju.**

Doświadczenia wykonane przez autora na psach, królikach i na sobie samym wykazały, że kofeina wprowadzona do żołądka ulega w całości wessaniu a następnie w ustroju rozpadowi; bez zmiany przechodzi do moczu tylko w bardzo małej ilości i tak u psa zaledwie 0·7%, u królika około 7%. W swoim moczu po użyciu czarnej kawy autor wcale kofeiny jako takiej nie znajdował. Jako produkta rozpadu znajdował monometyloksantynę, zwiększenie się ilości ksantyny i mocznika tudzież amoniak.

Co do działania moczopędnego, to zależy od gatunku zwierząt; gdy bowiem u królika ilość moczu znacznie się powiększa, to u psa pozostaje ona bez zmiany.

Zachowanie się teobrominy jest zupełnie podobne z tą tylko różnicą, że większy procent zostaje wydalonym bez zmiany. (*Archiv für Path. und Pharmak.* XXXV. T. 27).

Dr. Kędzior.

Bakteryologia.

Deycke: **O pożywkach z dodatkiem białkanów alkaliów (alkalialbuminatów).**

Domieszka białkanów alkaliów do pożywek agarowych i żelatynowych pozwala, według badań D., na szybkie wyosobnienie i rozpoznanie niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych a przedewszystkiem prątków błoniczych i przecinkowców cholery.

Pożywka podana przez D. dla hodowli tych ostatnich składa się z 2% agaru, 5% żelatyny, $2\frac{1}{2}$% białkanu alkaliów (wyrabianego już obecnie na większą skalę przez firmę Mercka w Darmsztacie), 1% soli kuchennej i 1% peptonu, rozpuszczonych w odpowiedniej ilości wody na miernym ogniu, następnie zalkalizowanych dodatkiem 2% rozczynu sody $33\frac{1}{3}$% (1 część sody na 2 wody), gotowanych w sterylizatorze przez 2 godziny, wreszcie szybko przefiltrowanych. Taka pożywka nie topi się w ciepłocie termostatu. Przecinkowce cholery rozwijają się na niej w termostacie tak szybko, że już po 4 a najdalej po 5 godzinach widzieć można hodowle tak wielkie, jak po 15 do 20 godz. na zwykłej żelatynie, a postacią zupełnie typowe, z tą tylko różnicą, że rozpuszczają pożywkę znacznie wolniej, dopiero po 24 godzinach w termostacie, co łatwo składem pożywki wytłómaczyć się daje.

Metoda D., pozwalając na szybsze, niż dotychczas rozpoznanie obecności przecinkowców w kale, może oddać w praktyce znaczne usługi.

Pożywka D. dla hodowli prątków błoniczych, składa się z 2% agaru, 5% gliceryny, 1% białkanu alkaliów, 1% peptonu, $\frac{1}{2}$% soli kuchennej, roztworzonych odpowiednią ilością wody destylowanej, zneutralizowanych ostrożnie dodawanym kroplami zgęszczonym kwasem solnym, zalkalizowanych następnie 1% rozczynu sody $33\frac{1}{3}$%, sterylizowanych $\frac{3}{4}$—1 godziny, przefiltrowanych szybko do próbowek i raz jeszcze $\frac{1}{2}$ godziny sterylizowanych. (*Centralblatt für Bacter. u. Parasitenkunde* T. XVII. 1895. Nr. 7. i 8).

Ciechanowski.

Choroby zakaźne.

Klepzoff: **Przyczynek do badań wpływu zimna na rozwój prątków wąglikowych.**

Dotychczasowe badania wpływu zimna na prątki wąglikowe miały tę wadę, że albo używano bardzo niskich temperatur przez czas względnie krótki (Pictet i Joung —70 do —130° C. przez 20 do 108 godzin), albo też pozostawiając hodowle pod działaniem zimna czas dłuższy, nie przekroczono granicy —18° C. K. badał wpływ mrozu między —19° i —28·7°, —14·9° i —31·0° i —1° a —31° przez 12 i 24 dni jakoteż między —1·0° i —24·0° przez 25 dni na prątki znajdujące się w organach zwierząt na wąglik padłych, które jednakże nie okazywały spor. Według K. w średniej ciepłocie —24° giną prątki wąglikowe już po 12 dniach, w średniej zaś ciepłocie —10° C. po 24 dniach żywotność ich i jadowitość słabną znacznie, jednak nie gasną. Działanie więc nawet dość znacznych mrozów na mięso zwierząt wąglikiem zarażonych przez czas dłuższy nie daje rękojmi bezpieczeństwa. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde.* T. XVII. Nr. 3/10. 1895).

Ciechanowski.

Zapiski terapeutyczne.

128. Tuffier: Wycięcie szczytu płuca prawego z przyczyny gruźlicy płucnej i przedstawienie chorego w $4\frac{1}{2}$ roku po operacyi (z X. kongresu chirurgicznego francuskiego, odbytego w Paryżu od 21. do 26. Października r. b.). Autor wykonał u chorego teraz przedstawionego w dniu 5. Maja 1891. w szpitalu Beaujon pneumektomię, której szczegóły przypomina. Operowany liczył wówczas 25 lat i okazywał wszelkie znaki gruźlicy nabytej, całkiem ograniczonej do szczytu płuca prawego, bez śladu jakiegokolwiek innego ogniska tejże samej przyrody w ustroju. Operacyą zrobiono w poprzek drugiego międzyżebrza bez resekcyi kości. Sposób użyty w tym razie polegał głównie na tem, żeby wytworzyć odmę piersiową (*pneumothorax*) poza opłucną przez oddzielenie opłucny ściennej w jak największym, ile można, obszarze. Szczyt płuca wypuklony (*hernie*) w poprzek rany można było wybadać. Ognisko gruźlicze wielkości orzecha oznaczono łatwo co do rozmiarów i wycięto o 2 centymetry poniżej granicy zmiany chorobowej. Ranę zespojono bez założenia drenów. Dziewiątego dnia po operacyi przedstawiono operowanego paryskiemu towarzystwu chirurgicznemu.

O przyrodzie gruźliczej przekonano się przez badanie poprzednie plwocin i części wyciętych, w których znaleziono właściwe laseczniki.

Po operacyi oddawał się operowany rozmaitym zajęciom, wymagającym pracy fizycznej i nie okazywał żadnego, nawet najmniejszego przypadku ze strony płuc, badanie zaś przedmiotowe od czasu do czasu nie wykryło nigdy ani śladu nawrotu choroby a oddychanie w wysokości operowanego ogniska nie wykazuje żadnej różnicy pomiędzy obydwoma szczytami płuc; stan ogólny jest wyborny.

Autor przedstawił teraz chorego operowanego przez siebie, ażeby odeprzeć zarzut zrobiony sobie ze strony poważnej, iż gruźlica płuc nie wchodzi w zakres leczenia chirurgicznego. Autor przyznaje wprawdzie, że w ogóle tak jest i że na to każdy zgodzić się musi, ale oświadcza zarazem, że mogą zajść przypadki gruźlicy płucnej, w których godzi się odstąpić od tej zasady zbyt radykalnej i dokonać operacyi, której skutki są błogie i odpowiadają wszelkim słusznym wymaganiom. Te przypadki są wprawdzie bardzo rzadkie, ale przecież są i operacya w nich może być tak dobrze pomyślnym uwieńczona skutkiem, jak usunięcie miejscowego ogniska gruźliczego z innych narządów. (*La Semaine médicale.* 23. Października 1895).

129. T. Zagger: O użyciu środków moczopędnych (*diuretica*) w chorobach serca w okresie zboczeń w kompensacyi (z kliniki lekarskiej prof. Eichhorsta w Zurychu). Na podstawie doświadczenia ze środkami moczopędnemi w 80 przypadkach chorób serca ze zboczeniami w kompensacyi oświadcza autor, że już samo spokojne leżenie w łóżku i usunięcie wpływów szkodliwych, które ostatecznie dały pohop do powstania zboczeń w kompensacyi, powiększają wydzielanie moczu tak, iż często nie ma potrzeby uciekania się do pomocy leków. W przeciwnym razie wskazane są środki wzmacniające mięsień sercowy i podniecające czynność nerek. Jako najskuteczniejsze okazały się autorowi połączenie dyuretyny z naparstnicą (*diuretini 1·00, pulveris foll. digitalis 0·10* po trzy razy dziennie), następnie naparstnica z kamforą (*pulvis foll. digitalis 0·10, camphorae*

0·05—0·10 po 3 do 4 razy dziennie) i naparstnica z kalomelem (*pulv. foll. digitalis, calomelanos* $\overline{aa}$ *0·10* po trzy razy dziennie z pauzami wszakże trzechdniowemi). Również dobrze działała nieraz dygitalina (*digitalini veri centigrmta 6, spir. vini diluti, aquae destil.* $\overline{aa}$ *30·00*, trzy razy dziennie po 5 cm.³ czyli po 5 miligramów dygitaliny). Jeżeli te środki nie nasporzą wydzielania się moczu, jest rokowanie zazwyczaj niepomyślne. (*Schweizerisches Correspondenzblatt.* Nr. 20. 1895).

130. T. K. Aleksiejew (w Feodozyi): O użyciu terapeutycznem szpiku kostnego (*medulla ossium*). Autor użył szpiku kostnego w dwóch przypadkach charłactwa zimniczego, w jednym przypadku plamicy krwotocznej (*purpura haemorrhagica*) ze znacznym upadkiem sił i w jednym przypadku białaczki (*leucaemia*). We wszystkich tych przypadkach używanie wszelkich leków okazało się całkiem nieskutecznem; poprawa nastąpiła dopiero, gdy chorzy zaczęli zażywać szpik kostny, który im zadawano na surowo, po 45 do 90 gramów dziennie, bądźto w postaci kanapek (w Warszawie buterszuitami zwanych), lub mieszaniny złożonej z 90 gramów czerwonego, cielęcego szpiku kostnego, 30 gramów wina Oporto, 30 gramów gliceryny chemicznie czystej (która jednak sprawia niekiedy rozwolnienie a w takim razie najlepiej zastąpić ją świeżą śmietanką) i 20 gramów żelatyny.

U obydwóch chorych dotkniętych charłactwem zimniczem (*cachexia malarica*) skutek był bardzo rychły a śledziona wróciła do rozmiarów prawidłowych.

W przypadku białaczki stan chorej był bardzo ciężki przed zastosowaniem podanej co właśnie organoterapii. Śledziona zajmowała prawie całą lewą połowę żywota, dochodząc aż do więzu Fallopiusza, krew miała wejrzenie wody, w której opłukano mięso, i zawierała w milimetrze sześciennym zaledwie 2000000 ciałek, przyczem jedno ciałko białe przypadało na 20 do 30 czerwonych; były prócz tego i inne ciężkie objawy choroby. Pod wpływem zadawania szpiku kostnego znikła opuchlina, nie pojawiło się więcej krwawienie z nosa, błony śluzowe i skóra zaczęły nabierać barwy prawidłowej, liczba ciałek we krwi podwoiła się, jedno ciałko białe przypadało dopiero na 100 czerwonych a śledziona zmniejszyła się znacznie, sięgając teraz do pępka. Chora jest jeszcze w dalszem leczeniu a autor spodziewa się po niem jak najlepszego skutku.

Również udało się autorowi tym sposobem organoterapeutycznym poprawić u kilku suchotników stan ogólny i miejscowy. (*La Semaine médicale.* 23. Października 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 15. Maja 1895 roku.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia do zatwierdzenia wniosek komitetu: celem stałego upamiętnienia zasług członka założyciela Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, ś. p. prof. Rydla, umieścić staraniem tegoż Towarzystwa tablicę pamiątkową w kościele św. Anny, zapraszając do współudziału Senat akademicki i Wydział lekarski Uniw. Jagiell. Sprawę zebrania funduszu i umieszczenia oddaje się prezydyum Tow. lek krak. z prawem dowolnego przybrania członków. Wniosek ten przyjęto jednogłośnie.

3) Kol. Kostanecki objaśnia preparaty mikroskopowe, przedstawiające zapłodnienie u jeżowców (*echinodermata*) i u *ascaris megalocephala* od chwili wniknięcia plemnika do wnętrza jajka aż do wytworzenia się gwiazdy macierzystej. Dyskusyi nie było.

4) Kol. Nowak przedstawia preparat ciąży zamacicznej, trąbkowej, o tyle zasługujący na uwagę, że z powodu pęknięcia worka płodowego i trąbki płód przesunął się ku ujściu drugiej trąbki, gdzie uległ częściowej petryfikacyi. Sądząc z wielkości płodu można uważać go za dwumiesieczny; widoczne są zupełnie dobrze kończyny, miednica, kręgosłup i t. p. Łożysko zmian mikroskopowych nie okazuje.

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Jordan, że skutkiem pęknięcia worka płodowego płód występuje do jamy brzusznej, gdzie może się nawet przez długi czas utrzymywać nie obumierając; płód taki zwykle, póki żyje, nie sprowadza zadraźnienia otrzewny, dopiero po śmierci swej jako ciało obce wywołuje zrosty.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 5. Czerwca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na zapytanie kol. Bujwida, czy może w celu wyjaśnienia wielu kwestyj technicznych, odnoszących się do zgłoszonego przez niego odczytu zaprosić na posiedzenie inżyniera starszego Ingardena. Tow. lek. krak. przez głosowanie zgodziło się, wobec czego odczyt kol. Bujwida odbędzie się na jednem z następnych posiedzeń.

3) Kol. Kwaśnicki wnosi: Towarzystwo lek. krak. upoważni prezesa do umieszczenia na obelisku pomnika ś. p. Dra Wojcikiewicza w Paryżu napisu: *Societé des médecins polonais à Cracovie.*

Kol. Bujwid zapytuje się, czy nie mógłby być napis po polsku?

Kol. Kwaśnicki prosi, aby w zasadzie jego wniosek przyjęto a w szczegółach pozostawiono do załatwienia komitetowi Tow. lek. krak. z uwzględnieniem wniosku kol. Bujwida. Wniosek ten przyjęto.

4) Kol. Ludomił Korczyński przedstawia chorego z rozpoznaniem kiły mózgowej; chory ten jest dopiero w leczeniu, o wyniku więc mowy być jeszcze nie może. Następnie demonstruje drugiego chorego z kiłą mózgową, przedstawionego w Towarzystwie w Marcu b. r.; poprawa od tego czasu jest znaczna, mianowicie ustały bóle głowy, ataksyi nie ma, analgezye przeważnie ustąpiły, utrzymuje się tylko stan źrenic i brak odruchów kolanowych. Należałoby przyjąć, że przyczyną pozostania pewnych objawów są stałe już zmiany w anatomicznej budowie ośrodków.

Następnie przedstawia trzecią chorą z rozpoznaniem *sclerosis amyotrophica lateralis* na podstawie niewyraźnej, jakby skandowanej mowy, osłabienia i drżenia kończyn górnych, chodu paretyczno spastycznego, zaniku z reakcyą zwyrodnienia mięśni przedramienia, wzmożenia się odruchów kończyn dolnych jak i górnych i t. d.

Kol. Surzycki zapytuje się, czy leczenie przeciwkiłowe wywarło jakiekolwiek wpływ na objawy żołądkowe u pierwszego z przedstawionych pacyentów.

Kol. Ludomił Korczyński odpowiada, że o tem mowy być nie może, gdy chory otrzymał dopiero 5 wcierań maści rtęciowej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 37.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje zaproszenie profesora Rydygiera na VII. Zjazd chirurgów polskich, wystosowane do członków Towarzystwa lek. krak. Następnie rozdaje spis leków i przetworów krajowych poleconych przez Towarzystwo lek. krak.

3) Kol. Piątkowski przedstawia pastylki tyreoidynowe, polecone przez Komisyę przemysłową i prosi o aprobatę Towarzystwa.

Kol. Obaliński zwraca uwagę, że te pastylki w porównaniu z zagranicznymi przetworami są nieco zadrogie.

4) Kol. Czajkowski mówił o etyologii odry (odczyt drukowany w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi przyznaje kol. Jakubowski, że istotnie przybywa obecnie ważny przyczynek do etyologii odry; zapytuje się tylko, w jakim okresie choroby badał prelegent krew, zkąd otrzymać można najlepiej właściwe drobnoustroje, zwłaszcza czy w początkach choroby nie dałoby się otrzymać ich z wydzielin błon śluzowych, nosa lub spojówek?

Kol. Bujwid zapytuje się, czy przenoszenie hodowli jest możebne i czy dalsze ich generacye nie osłabiają się.

Kol. Czajkowski na pytania te odpowiada, że badał krew w rozmaitych okresach choroby i zawsze znajdował wykryte przez siebie drobnoustroje; wydzielin błon śluzowych nie badał. Na pytanie kol. Bujwida nie może odpowiedzieć, nie badał bowiem wspomnianych drobnoustrojów całkowicie pod względem biologicznym. Przenoszenie przez kilka generacyj jest możebne; czy jednak hodowle się osłabiają, nie może powiedzieć.

Kol. Słapa zapytuje się, jak długo utrzymują się prątki po ukończeniu się choroby; gdyby bowiem utrzymywały się we krwi przez dłuższy czas, przemawiałoby to przeciw ich swoistości.

Kol. Czajkowski odpowiada, że mogą się znajdować we krwi pewien czas po zakończeniu się choroby, tracą jednak swą jadowitość.

Kol. Jaworski oświadcza, że należy z uznaniem przyjąć odkrycie kol. Czajkowskiego, aby nie stało się podobnie jak z prątkami tężca, które pierwszy przedstawił Nawrocki; jednak nie zwrócono uwagi na jego doniesienie, dopóki Nicolaier ich nie opisał.

Kol. Jordan mówił: *O ciąży zamacicznej*. (Odczyt ten drukuje się właśnie w *Przeglądzie lekarskim*).

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 30. Października 1895 r.

— W dniu 28. b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Władysława Szymonowicza na docenta prywatnego histologii w Uniwersytecie Jagiell. Licznie zebrani słuchacze przyjęli oklaskami wykład a Wydział lekarski postanowił przedłożyć Wys. Ministerstwu oświaty wniosek o dopuszczenie prelegenta do godności docenta prywatnego.

— Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, Dr. Feliks Sylwestrowicz, otrzymał nominacyę na lekarza miejskiego w Mińsku gubernialnym.

— Temi czasy doniosły pisma codzienne wiedeńskie, że czynności lekarza zakładu dla córek oficerskich na przedmieściu Hernals w Wiedniu powierzono pannie Jerzynie Rothownej i zaczęły z tego wysnuwać wnioski niewątpliwie zadaleko idące. Otóż w rzeczywistości sprawa ta przedstawia się tak: Panna Rothowna, która w Austryi zdała gimnazyalny egzamin dojrzałości, uczęszczała na wydział lekarski w Zurychu, gdzie uzyskała stopień doktora medycyny. Z tym stopniem wróciła do Austryi, gdzie atoli nie może ani używać tytułu doktorskiego, ani nostryfikować swego dyplomu, ani napisać recepty, ani w ogóle działać samodzielnie na polu lekarskiem. Tę to pannę Rothownę zamianowano nauczycielką nauk przyrodniczych w wymienionym zakładzie w Hernals a zarazem powierzono jej domowy nadzór lekarski w tym zakładzie, którego lekarzem jest i nadal lekarz sztabowy. O żadnem przeto dopuszczeniu panny Rothownej do praktyki lekarskiej w Austryi w zwykłem znaczeniu tego wyrazu mowy być nie może.

— Na opróżnioną przez śmierć Bardelebena katedrę kliniki chirurgicznej w Berlinie powołano znanego prof. Königa w Getyndze, który powołanie to przyjął.

— Włoski minister spraw wewnętrznych wydał rozporządzenie zakazujące na teraz wolnej sprzedaży i użycia terapeutycznego surowicy przeciwgruźliczej prof. Maragliany w Genui (por. Nr. 34. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), dopóki wyższa rada lekarska nie wyda swego orzeczenia o wartości tego środka leczniczego, zezwolił jednak, by sam prof. Maragliano robił pod własną odpowiedzialnością dalsze z nią doświadczenia terapeutyczne.

— Statystyka tycząca się błonicy w Niemczech w pierwszym kwartale roku bieżącego a zestawiona w urzędzie lekarskim Cesarstwa niemieckiego obejmuje wiadomości o 2228 przypadkach, nadesłane przez 131 lekarzy z 232 zakładów. W 1148 przypadkach potwierdzono bakteryologicznie rozpoznanie błonicy. Z tych 2228 przypadków wyleczono 805 = 81%, umarło 386 = 17·3%, pozostało w leczeniu 37 = 1·7%. Jako przypadki lekkie podano 749 z 99·2% wyleczonych, średnie 336 z 95·8%, jako ciężkie 1076 z 67·1%, bez podania stopnia 67 z 79% wyleczonych. Odsetka wyleczonych wyniosła w pierwszym roku życia 39·5, w drugim 55·5, w trzecim 74·6 i powiększała się w miarę lat, dochodząc w okresie od 10. do 30. roku życia do 95%. U leczonych od pierwszego dnia choroby wynosiła śmiertelność 6·9%, od drugiego dnia choroby 7·4%, trzeciego dnia 15·3 i była coraz większą w miarę coraz późniejszego rozpoczynania leczenia. W 632 przypadkach okazała się potrzebną operacya; z nich wyzdrowiało 61·2%. Osutki widziano 207 razy, zawsze atoli były one bez znaczenia. Porażenia wystąpiły w 37 przypadkach. Szkodliwego działania surowicy domyślano się w 20 przypadkach.

— Cholera w Galicyi rozszerzyła się w ostatnich tygodniach we wschodniej części kraju w kierunku jakoby promieni mających swój środek w powiecie tarnopolskim i doszła na zachód najdalej do powiatu przemyskiego, wszędzie atoli występuje tylko sporadycznie tak, iż dzienna liczba chorych we wszystkich powiatach razem wynosi teraz 20 do 30. Od 23. Sierpnia 1895. roku, to jest od pojawienia się pierwszych, urzędownie stwierdzonych przypadków cholery w Galicyi wyłącznie wschodniej zachorowało do 21. b. m. 196, zmarło 123, zostało się w leczeniu 28 osób. Najwięcej przypadków było w Tarnopolu, gdzie zachorowało 69, umarło 36, zostało się w leczeniu 4 osoby. Ogółem nawiedzonych przez cholerę jest dotychczas 11 powiatów.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 17. b. m. w majątku swoim Uholcu w powiecie pińskim w 56. roku życia Dr. **Ignacy Seweryn**, wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego, przez lat kilkanaście lekarz jednego z Ziemstw w Rosyi, od lat 8-miu osiadły w Pińsku, gdzie dał się poznać jako dzielny okulista i sumienny lekarz a prawy człowiek. W dniu 19 b. m. w 51. roku życia Dr. **Walery Grochowski**, lekarz miasta Kałuszyna w gubernii warszawskiej. W Paryżu Dr. baron **Larrey**, syn słynnego z czasów wojen Napoleońskich chirurga, b. prezydent paryskiej akademii lekarskiej. **Tomasz Crawford**, były dyrektor naczelny służby zdrowia armii Wielkiej Brytanii. W Londynie znany ginekolog Dr. **Tomasz Keith**. Był on pierwszym po Spencerze Welsie, który robił znaczną liczbę owaryotomij ze świetnym skutkiem w czasach przedantyseptycznych. Jego pierwsza owaryotomia przypada na rok 1862.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 43. H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (c. d.). Z. Kramsztyk: Czy medycyna nauką jest czy sztuką? (dok.). — W *Medycynie*, Nrze 42. H. Oderfeld: O gastrostomii sposobem Witzela (dok.). W. Ołtuszewski: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Nowak przedstawi okazy patologiczne, poczem mówił będzie kol. Zanietowski młodszy: *O zmianach pobudliwości nerwów w okolicy katody pod wpływem prądów galwanicznych i ich znaczeniu dla elektroterapii.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej, 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs o warunkach:

Ubiegający wykazać się ma:

1) dyplomem doktora nauk lekarskich;
2) praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3) obywatelstwem austryackiem;
4) świadectwem zdrowia; 153—3—2
5) znajomością języków krajowych.

Termin do wniesienia podań **oznacza się do 1. Listopada 1895 r.**

Z Wydziału powiatowego w Horodence.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 9. Listopada 1895 r. Nr. 45

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9
Telefonu Nr. 160.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 86.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowski 197, Chrystie and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Zjawiska życiowe i sposoby ich badania.

WYKŁAD WSTĘPNY

DRA ADOLFA BECKA,
profesora fizyologii w Uniwersytecie lwowskim

dnia 29. Października 1895.

Panowie!

Pierwszy rok nauk lekarskich, w tutejszym wydziale spędzony, daje Panom możność przystąpienia do studyowania zjawisk życiowych w ustroju ludzkim. Znajomość dokładna anatomii opisowej, znajomość kształtów i budowy organów, wchodzących w skład ustroju, jest nieodzownie potrzebną dla zrozumienia funkcyi tych organów i dla zrozumienia związku zachodzącego między czynnością jednych narządów a drugich, związku stanowiącego podstawę tego ogólnego obrazu, któremu nadajemy nazwę życia. Jestto zupełnie naturalne, że, by poznać i zrozumieć funkcyę, trzeba znać jej siedzibę, trzeba znać miejsce, w którem ona się odbywa, podobnie jak koniecznem jest znać dokładnie skład i budowę maszyny, której sposób działania chcemy pojąć.

Wiadomości zaś uzyskane z nauk pomocniczych a w szczególności z fizyki i chemii, pozwolą Panom zrozumieć przynajmniej w części stosunki, wśród których czynności życiowe przychodzą do skutku, oraz prawidła, według których czynności te się odbywają.

Zaopatrzeni w te wiadomości, możecie Panowie przystąpić do studyowania tego jednego z najważniejszych działów nauk lekarskich, który odtąd stanowić będzie przedmiot moich wykładów.

Miano fizyologów nosili od czasów starożytnych Greków właściwie badacze przyrody w ogólności. Między fizyologią a fizyką nie znano żadnej różnicy; dopiero znacznie później, bo w zeszłem stuleciu, dwa te pojęcia rozdzielono, pozostawiając fizyce badanie praw świata nieorganicznego a oddając fizyologii za przedmiot badania świat uorganizowany, żyjący. Teraz znowu widzimy zbliżanie się tych dwóch nauk do siebie coraz ściślejsze, coraz więcej związków i połączeń między jedną a drugą, jak gdyby dwa strumienie powstałe z jednego źródła, z początku rozdzielone, następnie coraz bardziej zbliżające się do siebie, miały w przyszłości zlać się w jedną, wspólną rzekę.

Albowiem już teraz nie wystarczy uważać fizykę i chemię za pomocnicze nauki fizyologii, lecz można śmiało twierdzić, że fizyologia jest zastósowaną fizyką i chemią. Przekonacie się też Panowie w ciągu wykładów fizyologii, że te same prawa fizyczne i chemiczne, którym podlega świat martwy, warunkują także występowanie zjawisk życiowych w ciałach zwierzęcych i roślinnych. A badanie właśnie tych praw, zastósowanie ich do spraw życiowych ustroju będzie odtąd naszem zadaniem.

Nie tak to dawno, jak przekonanie dopiero co wypowiedziane co do znaczenia praw fizycznych obejmujących świat martwy dla funkcyj życiowych, stało się tak ogólnem, jak obecnie. Z czasów odległej starożytności przez średnie wieki aż do początków bieżącego stulecia przetrwało zapatrywanie Platona, Arystotelesa i innych, że zjawiska, które występują na jaw w istotach żyjących, są wypływem jakiegoś czynnika wyższego, niemateryalnego, działającego w pewien nieznany nam sposób na materyę tworzącą ciało zwierzęce lub ludzkie. Pojęcie to zyskało na znaczeniu i nabrało formy naukowej w zeszłem stuleciu dzięki S t a h l o w i, który mu nadał nazwę w i t a l i z m u i a n i m i z m u. Stahl, jakkolwiek słynnym był chemikiem, zwalczał uporczywie zapatrywania tak zwanych i a t r o c h e m i k ó w, którzy wszystkie objawy życia starali się tłómaczyć sprawami czysto chemicznemi. Utrzymywał on, że siły, których wynikiem jest życie, nietylko są różne od sił chemicznych i fizycznych,

ale co więcej, oba te rodzaje sił są wręcz sobie przeciwne, antagonistyczne, że siły fizyczne i chemiczne starają się zniszczyć ustrój organiczny, gdy siły życiowe w bezustannej walce z tamtemi chronią go od zniszczenia.

Życie-to właściwie, według pojęcia Stahla, stały szereg zwycięstw odnoszonych ciągle przez siły życiowe nad siłami w martwej przyrodzie panującemi, śmierć — to przegrana walka, po której dopiero te ostatnie swój proces zniszczenia (rozkład, gnicie uważane wówczas za sprawę czysto chemiczną) wszechwładnie prowadzą.

Teorya ta, rozwinięta znacznie przez Bichata, przyjmująca, jak widzimy, osobną siłę życiową, teorya tak zwana witalistyczna, została już częściowo zachwianą, kiedy w końcu zeszłego stulecia Lavoisier i Laplace dowiedli, że produkcya ciepła w ustroju ludzkim i zwierzęcym przychodzi do skutku dzięki sprawie spalania zupełnie podobnego do zwykłego utleniania w świecie martwym, że niezbędny do życia a wprowadzany przez oddychanie tlen służy właśnie do takiego spalania węgla i wodoru wchodzącego w skład ciała, że zatem nie ma właściwie dwóch różnych spraw chemicznych, osobnej w ciałach żyjących a innej dla świata martwego. Od tego czasu, dzięki odkryciom coraz większej liczby spraw życiowych odbywających się według praw fizycznych lub chemicznych (jak n. p. mechanizm ruchu krwi, chemizm trawienia, powstawanie obrazu świetlnego w oku itd.) przebojem torowało sobie drogę zapatrywanie, że siły, które w ustrojach wywołują objawy życiowe, nie są innej natury, jak te, które występują w materyi martwej, a zaprzeczyć się nie da, że ścisłe porozumienie, jakie w ostatnich dziesiątkach lat związało fizyologię z fizyką i chemią, przyczyniło się w najznaczniejszej mierze do rozwoju i postępu fizyologii. Ważność prawa o zachowaniu energii dla czynności świata żyjącego daje nam bezwątpienia prawo do twierdzenia, że wszystkie sprawy odbywające się w organizmach żyjących dadzą się może wytłómaczyć według zasad fizyczno-chemicznych.

Jest coś uderzającego w tem, że właśnie z prawem zachowania energii, które na nowe zupełnie tory wprowadziło i fizykę i fizyologię, tak ściśle związane jest nazwisko genialnego fizyka i fizyologa H e l m h o l t z a, a jest rzeczą prawie pewną, że doświadczenia Helmholtza nad wytwarzaniem się ciepła podczas stanu czynnego mięśni, zarówno jak badania nad gniciem i fermentacyą, a zatem jak widzimy badania czysto biologiczne, doprowadziły tego uczonego do owej głośnej pracy o zachowaniu energii.

Wiemy obecnie, że w żyjących ustrojach, podobnie jak w całej przyrodzie odbywają się bezustannie sprawy polegające na przechodzeniu energii z jednej formy w inne a głównie na przemianie energii cieplnej w chemiczną (potencyonalną), albo odwrotnie energii chemicznej w ruch, ciepło, elektryczność (energię kinetyczną). Stósownie do tego, czy w danym ustroju przeważa sprawa pierwsza, czy druga, występuje on jako roślina lub zwierzę.

Jak Panom wiadomo, według Thomsona energia nagromadzona w stałej ilości w wszechświecie znajduje się w nieustającej dyssypacyi czyli rozpraszaniu się, polegającem na ciągłej przemianie energii z formy pożytecznej w formy coraz mniej pożyteczne, w końcu w ciepło. Sprawa ta dyssypacyi lub degradacyi energii po pewnym, bardzo długim czasie musi się według tego zapatrywania zakończyć wyrównaniem się temperatury w wszechświecie. Jeżeli nazwiemy dla skrócenia za Bernsteinem proces przemiany energii chemicznej w ruch, elektryczność, ciepło procesem katenergicznym a proces odwrotny anenergicznym, to degradacyę energii zachodzącą stale w wszechświecie uważać będziemy musieli za nieustający proces katenergiczny.

W tem kolosalnem i wspaniałem widowisku, które rozgrywa się w wszechświecie, przedstawia występowanie ustrojów żyjących na ciałach niebieskich niejako pewne przerwy, intermezza, które bieg rzeczy bądź przyspieszają, bądź opóźniają. Rośliny, które zbierają cieplną energię promieni słonecznych, kosztem energii słońca, które samo stygnie a przechowują ją jako energię chemiczną (potencyalną), są ustrojami, w których proces anenergiczny przeważa a proces ogólny światowy zostaje wstrzymany, przeciwnie zwierzęta znów przyśpieszają wstrzymany przez rośliny proces katenergiczny, albowiem w ich ustrojach przeważa dyssypacya energii. Materyę żyjącą, występującą w rozmaitych postaciach jako organizm, można zatem uważać jako taką, w której pod wpływem pewnych przemian odbywają się sprawy katenergiczne i anenergiczne. Ponieważ nie ma właściwie ostrej granicy pomiędzy przemianą materyi roślin a zwierząt, owszem w roślinach wykazać można podobne utlenianie, jak u zwierząt, przeto musimy żywej materyi roślin także przypisać sprawy katenergiczne, wszelakoż w ogólnej sumie w każdym razie mniejsze niż anenergiczne. Natomiast w objawach życiowych ustrojów zwierzęcych górują w wysokim stopniu sprawy katenergiczne, jakkolwiek i u zwierząt według wszelkiego prawdopodobieństwa pewne pomniejsze sprawy anenergiczne przychodzą także do skutku.

Cały więc kompleks zjawisk życiowych zwierzęcia i człowieka, wszystkie czynności każdego organu polegają w przeważnej części na przemianie energii chemicznej w formy coraz mniej pożyteczne lub też z przemianą tą łączą się ściśle.

Przemiana ta odbywa się w ustrojach zwierzęcych od najniższych, jednokomórkowych do najwyżej złożonych metazoów a objawia się na zewnątrz bądź jako ruch, praca mechaniczna, bądź jako ciepło i inne. Stała, bezustanna produkcya ciepła, sprawiająca, że zwierzęta tak zwane ciepłokrwiste utrzymują stałą ciepłotę ciała, niezależną od temperatury otoczenia, oraz że ciepłota zwierząt zimnokrwistych utrzymuje się przecież o jeden lub kilka stopni wyżej od ciepłoty otoczenia, jest najgłówniejszym przykładem i dowodem tej ciągłej przemiany jednej postaci energii w drugą.

Przemiana ta odbywa się jednak w ustrojach żyjących w stosunkach odmiennych jak w świecie martwym, gdzie ona przychodzi do skutku przeważnie tylko pod wpływem powinowactwa chemicznego, i to jest przyczyną, dlaczego istoty tych przemian, t. j. istoty życia samego dotąd nie mogliśmy jeszcze poznać. Nie mamy właśnie tych warunków.

Już sama sprawa spalania w organizmie okazuje pewne różnice od palenia się ciał martwych pod wpływem tlenu Utlenianie, jak w ogóle wszystkie sprawy chemiczne w organizmie, odbywa się w stosunkowo niskiej ciepłocie, w której utleniają się tylko ciała bardzo wielkie powinowactwo do tlenu okazujące. Dalej wiadomo Panom np. że ciała palą się w czystym tlenie o wiele żywiej, niż w powietrzu atmosferycznem; tymczasem jak już Lavoisier i Seguin wykryli, zwierzęta okazują tę samą energię spalania bez względu na to, czy oddychają czystym tlenem czy też mięszaniną tlenu

i azotu. Komórka żywa przyjmuje niezależnie od ilości podanego jej tlenu tyle tylko, ile jej do życia w danej chwili potrzeba, nie więcej a nawet nie mniej. To znaczy, jeżeli tlenu znacznie mniej doprowadzimy zwierzęciu, niż w stanie normalnym, jeszcze go wyzyska i forsowniejszem i częstszem oddychaniem skompensuje brak.

Na czem polega różnica pomiędzy sprawami czysto fizycznemi i chemicznemi a sprawami w gruncie rzeczy analogicznemi, zachodzącemi w ustrojach żyjących, tego dotychczasowe badania nie wyjaśniły i niestety nieprędko wyjaśnienia pod tym względem w obecnym stanie tej kwestyi spodziewać się możemy pomimo licznych, żmudnych prób i wynikłych z nich teoryi i hipotez.

To tylko zdaje się nam jednak przeświecać, że w sprawach życiowych mamy do czynienia z pewną, nadzwyczaj chwiejną równowagą cząsteczek wchodzących w skład komórek ustroju, chwiejną równowagą molekularną, zarówno fizyczną jakoteż chemiczną. Widzimy to z tego, że do wywołania a raczej do wywiązania tych spraw wystarcza, a najczęściej wręcz potrzeba pewnego, choćby najdrobniejszego bodźca, który niejednokrotnie w nieskończonej dysproporcyi znajduje się w stosunku do wywiązanej sprawy życiowej i czynności organizmu lub jego części.

Ukłucie mięśnia szpilką wywołuje skurcz mięśnia a więc ruch, pracę mechaniczną, dalej wytworzenie się ciepła, produkcyę CO_2 z węgla wchodzącego w skład włókien mięsnych, w końcu ruch elektryczny w postaci prądu elektrycznego, tak zwanego prądu czynnościowego. Drobna zatem podnieta wywołała cały szereg spraw fizyczno-chemicznych, których suma co do ekwiwalentu energii przewyższa w wysokim stopniu ilość energii zawartej w podniecie.

Jeszcze większym jest ten niestosunek, gdy podnieta działa na nerwy obwodowe lub na układ nerwowy centralny. Tu mała podnieta jest w stanie wyładować znacznie większą ilość energii zapasowej tak w narządach nerwowych jak i aparatach ruchowych. Drobna ilość światła wystarcza do zadraźnienia siatkówki, wywołania stanów świadomości a w ich następstwie ruchu; minimalne zadraźnienie dotykowe skóry może mieć za następstwo cały szereg ruchów, zwanych odruchami, którym także towarzyszą przemiany chemiczne, produkcya ciepła i elektryczności. Znajdujemy tu pewną analogię w używanem często, ale poniekąd trafnem porównaniu z działaniem iskry na materyę wybuchową.

W nabitej armacie jest już nagromadzona cała ilość energii, która ma się zamienić w ruch, wyrzucić pocisk i nadać mu pewną szybkość; energia ta znajduje się w prochu niejako uśpiona. Potrzeba tylko małego bodźca, a tym jest iskra, która proch zapala, by wyładować całą tę ilość energii. Możemy sobie tedy wyobrazić, że w podobny sposób przychodzą do skutku i czynności życiowe, które także są tylko wyrazem i następstwem ciągłego wyładowywania się pewnych postaci energii. Analogicznie jak w nabitej armacie, zamienia się w ustroju żyjącym energia (potencyalna) chemiczna w ciepło, światło (robaczki świętojańskie), elektryczność (ryby elektryczne), pracę mechaniczną i pewien specyficzny ruch molekularny elementów nerwowych, zwany stanem czynnym. Ponieważ ta przemiana energii odbywa się wskutek sprawy spalenia, łatwo pojąć, że przy tem substancya komórkowa rozkłada się na CO_2, H_2O i inne produkty. Chwiejna bardzo równowaga w chemicznym składzie żywej protoplasmy (zupełnie analogicznie jak i w substancyach wybuchowych) sprawia, że nawet bardzo słabe bodźce czy to mechaniczne, czy to chemiczne czy też innej natury, niszcząc tę równowagę powodują wywiązanie się spraw fizyczno-chemicznych i wyładowanie się energii.

W rzeczywistości też w miarę postępu naszych badań dochodzimy coraz bardziej do wniosku, że do wywołania każdej czynności życiowej ustroju lub jego organów potrzeba koniecznie pewnej, choćby minimalnej podniety, pewnego bodźca. Może ta podnieta przychodzić z zewnątrz ustroju a może także być wywołaną innemi sprawami życiowemi ustroju, a zatem być czysto wewnętrzną. Coraz też więcej czynności, które dotąd uważaliśmy za powstające samoistnie, za tak zwane automatyczne, ukazuje się nam w świetle nowszych poszukiwań jako następstwa podniet zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych.

Przedstawione Panom dotąd zapatrywania nie tłómaczą oczywiście istoty spraw życiowych, nie dają nam pojęcia, co jest przyczyną, że sprawy te objawiające się na zewnątrz w gruncie rzeczy fizycznemi i chemicznemi przemianami, w ten a nie inny sposób przychodzą do skutku a nawet nie tłómaczą, dlaczego w ogóle odbywają się pewne sprawy życiowe. To też możemy wprawdzie dokładnie zbadać mechanizm skurczu mięśnia podraźnionego, pracę przezeń wykonaną, możemy oznaczyć mniej lub więcej dokładnie przemiany chemiczne i elektryczne w nim zachodzące, zmierzyć wreszcie ilość ciepła przez mięsień ten wytworzoną, mimo to jednak nie możemy dojść pierwszej przyczyny wszystkich tych przemian. Zupełnie podobnie, jeżeli nie gorzej, ma się rzecz z poznaniem zjawisk życiowych w innych organach i tkankach ustroju.

Zastajemy tu granicę, którą bodajby w przyszłości, przy ulepszonych może metodach badania udało się przekroczyć z pomyślnym rezultatem.

Być może, iż okaże się w przyszłości, że w ustrojach żyjących występuje inna, właściwa, nieznana nam jeszcze dotąd forma energii, jakaś osobna energia życiowa, nie owa tajemnicza siła życiowa Stahla i innych, odmienna od sił fizycznych lub nawet im przeciwna, ale specyficzna jakaś postać energii, która może powstawać ze znanych nam form energii, w naturze martwej występujących i napowrót w nie przechodzić.

Czy granicę, jaką dotychczas badanie nasze zastaje, uda się nam rychło przejść, czy dojdziemy prędko do ścisłego, fizyczno chemicznego określenia zjawisk i spraw życiowych, niepodobna jeszcze stanowczo powiedzieć, a bardzo ważne w tej mierze zadanie przypada postępowi i ulepszeniu sposobów badania fizyologicznego. Metody badania odgrywają w fizyologii, podobnie, jak w fizyce, nadzwyczaj ważną rolę, a jakkolwiek są tylko środkiem do dojścia do celu, to jednakże od metody, od przyrządu, od sposobu jego zastósowania zależy niejednokrotnie niemal wszystko, co nas może doprowadzić do wykrycia jakiejś prawdy.

O metodyce dotąd fizyologii służącej, o sposobach, którymi dotychczas w badaniach fizyologicznych rozporządzamy, pragnę obecnie nieco pomówić.

Pierwszym i najprostszym sposobem badania zjawisk życiowych jest bezpośrednia obserwacya za pomocą zmysłów. Posługujemy się tu wszystkimi zmysłami, głównie zaś wzrokiem, dotykiem i słuchem. Dobra obserwacya, dokładne spo-

strzeganie jest pierwszym i niezbędnym warunkiem ścisłego badania zarówno fizyologicznego, jakoteż przyrodniczego i lekarskiego w ogólności. Panowie, których zadaniem będzie w przyszłości obserwować a za pośrednictwem obserwacyi rozpoznawać zboczenia w funkcyach, występujace u ludzi dotkniętych chorobą, wprawiajcie się zawczasu w dokładne obserwowanie funkcyj prawidłowych, ćwiczcie się a przez ćwiczenie starajcie się wydoskonalić swoje zmysły, aby najdrobniejszy objaw, najmniejsza zmiana w funkcyi prawidłowej nie mogła uchodzić waszej uwagi!

Obserwując tedy ustrój, poznajemy funkcye niektórych jego organów, oraz stosunek jego do świata zewnętrznego. Jednakże prosta obserwacya ludzkiego ustroju i dostępnych dla naszego oka narządów nie wystarcza do poznania nawet najgłówniejszych zjawisk życiowych w nim się odbywających. Większa część narządów dla życia ważnych ukrytą jest w jamach a dostęp do tych organów możebnym jest tylko przez otwarcie tych jam. Uciekamy się tedy do badań na żywych zwierzętach, do tak zwanych wiwisekcyj. Odsłaniając ukryte narządy u zwierzęcia, n. p. serce, jelita i t. d., obserwujemy ich czynności, w tym razie więc ruch i w ten sposób dochodzimy do pewnych wniosków o tych czynnościach.

Przez takie badania czyli doświadczenia na zwierzętach osiągamy nadto tę wielka korzyść, że upraszczamy sobie niejako zjawisko, które mamy badać. Wszak wiadomo Panom, że aby dojść do zrozumienia zjawisk powikłanych, złożonych, najlepszą drogą jest poznawanie najpierw zjawisk jak najprostszych, z których one wyszły. Tak postępujemy we wszystkich gałęziach wiedzy ludzkiej. Podobnie badając fizyologię ustroju ludzkiego, tej nader skomplikowanej i misternie zbudowanej maszyny a właściwie całego szeregu, kompleksu maszyn, dobrze a nawet koniecznem jest poznanie analogicznych funkcyj u zwierząt niższych, u których są one znacznie prostsze, mniej skomplikowane. Dopiero następnie wznosimy się po szczeblach rozwoju do zwierząt coraz wyżej uorganizowanych i wtedy dopiero mamy prawo poznane zjawiska odnieść do człowieka.

Dalej czynności niektórych organów najdogodniej badać po usunięciu ich ze związku z ustrojem. Jestto znowu pewnego rodzaju uproszczenie, bo wyłączenie badanego zjawiska od wpływu innych zjawisk, mogących równocześnie zachodzić w innych częściach ustroju a oddziaływać na badany narząd lub tkankę. Oczywiście narząd ten, względnie tkanka muszą być przez cały czas badania utrzymane przy życiu. Do tego celu nadają się tylko pewne gatunki zwierząt, mianowicie zwierzęta zimnokrwiste. Tkanki i narządy tych zwierząt nawet wycięte z ustroju, izolowane, jeżeli tylko utrzymane są w odpowiednich stosunkach, zachowują swą żywotność jeszcze czas jakiś po wycięciu, a porównanie ich czynności z czynnością odpowiednich narządów i tkanek u zwierząt ciepłokrwistych i człowieka oraz z czynnością narządów pozostających w związku z organizmem przekonało, że mamy wszelkie prawo, pewne przynajmniej wnioski wysnute z wyników tego rodzaju badań odnieść do człowieka i zwierząt wyższych.

Obserwacya tak, jak ją dotąd Panom w krótkich rysach przedstawiłem, czy ona dotyczy ustroju w całości, czy jego organów z osobna, bądź dostępnych naszym zmysłom, bądź uczynionych dostępnymi przez odsłonięcie lub wycięcie, jeszcze nie doprowadza nas do zamierzonego celu z tej prostej przyczyny, że zmysły nasze są niedokładne a na niektóre szeregi zjawisk wcale niewrażliwe. Tę znowu część zjawisk życiowych, które dla naszych zmysłów są niedostępne lub których badanie zmysłami jest niedokładne, poznać możemy jedynie przez zastosowanie odpowiednich środków pomocniczych, osobnych aparatów.

I tak bardzo drobne przedmioty stają się dopiero dla nas widoczne, gdy kąt ich widzenia zwiększamy za pomocą mikroskopu. Mikroskop, który zyskał tak olbrzymie zastósowanie w morfologii jako nauce opisowej, oddaje także znakomite usługi badaniu fizyologicznemu, jak n. p. w obserwacyi krążenia w drobnych naczyniach krwionośnych, zmiany kształtu włókien mięsnych podczas ich skurczu, zmian zachodzących w komórkach gruczołowych w czasie ich czynności i t. d. a co także nader ważne w badaniu i obserwowaniu spraw życiowych tworów jednokomórkowych, w których sprawy te, jak Panowie w innem miejscu jeszcze usłyszycie, w gruncie rzeczy są takie same, jak u zwierząt wyższych i człowieka, jednakże daleko prostsze i dla tego badaniu naszemu łatwiej dostępne. Cała zresztą nauka o rozwoju organizmu, czyli embryologia, oddzielona obecnie od fizyologii, pozostająca z nią jednak w ścisłym związku, powstać mogła jedynie tylko dzięki zastosowaniu mikroskopu.

Niedostępnemi dla naszych zmysłów są zmiany elektryczne, zachodzące w niektórych tkankach i narządach, a te możemy dopiero poznać, gdy je badamy za pomocą galwanometru, elektrometru lub telefonu. Podobnie nie posiadamy zdolności oceniania bezwzględnej ciepłoty ciał i z tego powodu stósujemy do badania temperatury, jako pewnej własności ustroju lub jego części, termometry zarówno rtęciowe jak elektryczne. Cały szereg własności chemicznych ciał żyjących lub ich produktów oraz wszelkie sprawy chemiczne w ciałach tych zachodzące poznajemy jedynie przy pomocy odpowiednich reakcyj chemicznych. Skład barw i polaryzacyę światła oko nasze widzi jedynie tylko po zastosowaniu pryzmatu, względnie nikolu.

Dla skonstatowania czasowego przebiegu zjawisk posługujemy się graficznem ich przedstawieniem za pomocą przyrządów, które przebieg ten wprost zapisują. Zalety tej metody polegają na tem, że obserwacya samego zjawiska, jest stałą i nieprzerwaną, że otrzymujemy ślad tego zjawiska choćby ono bardzo krótko trwało, że wskutek tego potem najdokładniej analizować możemy przebieg zjawiska w czasie.

Bliższe szczegóły tyczące się tej metody, jakoteż w ogóle metod stósowanych w celu badania spraw życiowych i czynności ustroju poznacie Panowie późniéj podczas wykładów szczegółowej fizyologii. Z tego jednak, co Panowie dotąd słyszeliście, odnieśliście bez wątpienia wrażenie, że metody badania fizyologicznego nie różnią się w gruncie rzeczy od metod stósowanych w fizyce i chemii. W rzeczywistości są tu tylko pewne modyfikacye, pewne przystósowanie tych metod do potrzeb fizyologii, w zasadzie zaś metody są takie same we wszystkich eksperymentalnych gałęziach nauk przyrodniczych.

Wszystko, co dotąd mówiłem o badaniu fizyologicznem, jeszcze nie byłoby dostatecznem do dokładnego poznania i wyjaśnienia zjawisk życiowych. Wyjaśnienie bowiem tych zjawisk wymaga, abyśmy poznali, ile można wszystkie własności całego ustroju i jego części a możebnem to jest wtedy, gdy nie zadawalniamy się spostrzeganiem li tylko tych ob-

jawów, które niezależnie od nas, jakby zupełnie przypadkiem występują w ciągu normalnego życia ustroju, lecz dopiero wtedy, gdy pewne części ustroju lub ustrój cały wprowadzamy dowolnie w tego rodzaju okoliczności, które sprawiają, że pewne własności lepiej na jaw występują. I tak n. p. nigdy nie mielibyśmy pojęcia o krążeniu krwi w naczyniach, gdybyśmy się przez otwarcie tętnic i żył nie przekonali, że w pierwszych krew wypływa z końca dośrodkowego, w drugich z obwodowego. Choćbyśmy jak najdokładniej, za pomocą najsprytniejszych przyrządów obserwowali ruchy serca, nie wiedzielibyśmy nic o istnieniu aparatów hamujących, gdybyśmy nie drażnili nerwu błędnego, nie stosowali muskaryny, atropiny i nie sprowadzali dowolnie innych stosunków. Nie znalibyśmy funkcyi niektórych narządów lub ich części, gdybyśmy nie badali, jak się zachowuje ustrój, gdy go pozbawiamy danego narządu (układ nerwowy, pewne gruczoły) albo odwrotnie, gdy narząd ten pobudzamy do czynności (układ nerwowy) lub gdy produkty tych ustrojów wprowadzamy do ustroju (niektóre gruczoły).

Oto najprostsze przykłady dowolnie przez nas do ustroju wprowadzanych stosunków; są to niejako pytania, które stawiamy naturze: Jak zachowa się ta lub owa czynność ustroju, jeżeli tę lub ową sprowadzimy zmianę, jeżeli cały ustrój albo jego część w takich lub innych znajdzie się okolicznościach?

W modyfikowaniu stosunków, w mnożeniu stawianych a różnorodnych pytań i wymuszaniu od natury odpowiedzi na nie, tkwi właśnie sztuka doświadczania czyli eksperymentowania.

Oto poznaliście Panowie mniej więcej drogi, któremi kroczy fizyologia, by dotrzeć do prawd ukrytych w naturze żyjącej, sposoby, którymi się posługuje dla wykrycia i określenia praw, którym zjawiska życiowe ulegają i które występowania tych zjawisk są bezpośrednią przyczyną.

Z postępem nauki naszej, w miarę jak coraz więcej tajemnic naturze wydartych, coraz więcej faktów zostaje nagromadzonych, mnoży się i rośnie z jednej strony sama nauka, a równocześnie z nią a raczej przed tem jeszcze sposoby badania. Przybywa coraz więcej przyrządów, każdy niemal aparat ulega rozmaitym modyfikacyom, przeobrażeniom jedne metody badania ustępują miejsca innym, lepszym. Mnogość i różnorodność tych metod wymaga obecnie nietylko całego arsenału aparatów i instrumentów, urządzeń mechanicznych, chemicznych, optycznych, elektrycznych i t. d., ale także specyalnych, do urządzeń tych zastosowanych ubikacyj, wymaga jednem słowem osobnego, wyłącznie do tego celu zbudowanego zakładu.

Taki nowy a piękny, wymaganiom obecnego stanu nauki w zupełności odpowiadający zakład fizyologiczny przybywa teraz młodemu Wydziałowi lekarskiemu, dzięki wspaniałomyślności miłościwie nam panującego Monarchy i pieczołowitości Wysokiego Rządu.

Zbudowany i urządzony zakład ten w sposób taki, że może śmiało stanąć obok najlepszych zakładów fizyologicznych zagranicy. Jak każdy zakład uniwersytecki, ma on odpowiadać dwom głównym celom: pierwszym jest ułatwienie nabycia wiedzy, dostarczanie wiadomości o znanych dotąd w fizyologii faktach, czyli kształcenie, a więc cel dydaktyczny, drugim celem jest pomnażanie liczby faktów przez wykrywanie nowych zjawisk, torowanie drogi do nowych prawd fizyologicznych — słowem praca naukowa, badanie fizyologiczne. Oba te cele zostały tu należycie uwzględnione a mam niepłonną nadzieję, że hojne uposażenie zakładu da sposobności dosyć do spełnienia jednego i drugiego zadania, dla których piękny ten zakład został wybudowany.

Chciejcie Panowie korzystać ze środków, które w takiej obfitości są do Waszej dyspozycyi; bodajby starania tych, którzy nowy ten przybytek wiedzy dla nas postawili, bujne wydały owoce!

Nauka fizyologii, którą Panowie obecnie rozpoczynacie, nie jest jedynie tylko nauką przygotowawczą do zawodowych, praktycznych studyów lekarskich, jakkolwiek to jej zadanie jest bezwątpienia bardzo ważnem i na nie szczególną musimy zwrócić uwagę. Zajmowanie się fizyologią jest także — że zakończę słowami du Bois-Reymonda — w wysokim stopniu szkołą myślenia. W fizyologii uczyć się będziecie Panowie poznawać zjawiska przyrody, tłómaczyć je, poznane już szczegóły łączyć ze sobą i tworzyć z nich ogólne prawidła, w końcu, co najważniejsze, zatrzymywać się na tej drodze indukcyjnego myślenia w chwili, gdy poznacie, że brak już podstawy do dalszych wniosków.

Kto na podstawie wykładów fizyologii a więcej jeszcze praktycznych ćwiczeń i pracy laboratoryjnej przejdzie taką szkołę, ten bezwątpienia pozostawiony sobie samemu w przyszłym zawodzie lekarskim, uchroniony będzie od bezmyślnej, szablonowej rutyny, ale także od niebezpiecznej, dowolnej filozofii spekulacyjnej.

II. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Oto moje przypadki a teraz przechodząc do bliższego ich omówienia, wypada przytoczyć, że we wszystkich rozwijało się jaje płodowe w trąbce; były to więc ciąże trąbkowe w znaczeniu przez Wertha ustalonem, choć odmienne wielce były te części trąbki, które tworzyły podłoże jaja. W pierwszym przypadku rozwijało się jaje w części trąbki macicznej, w przypadkach II., III., IV. i V. w kielichu i lejku trąbki, (w II. z wciągnięciem jajnika w ścianę torby), w przypadku zaś VI. siedziba jaja pozostała nieznaną; w pierwszym tylko rozwijało się jaje między blaszkami więzadła szerokiego. W przypadku I. przetrwała ciąża właściwy swój kres, wszystkie inne przypadki wykazały ciążę w jej 1-szej połowie; w każdym znaleziono jednak zmiany dowodzące, że rozwój prawidłowy jaja przerwany został samodzielnie, zanim do zabiegu operacyjnego przystąpiono, a mianowicie: w przypadkach V. na pewne a w VI. prawdopodobnie skutkiem pęknięcia worka, jaje otaczającego i wylania się wielkiej ilości krwi do jamy brzusznej, w IV. wskutek w toku będącego poronienia z trąbki, którą nadto także pękniętą znaleziono, w II. wskutek krwotoku w osłony jaja i zniszczenia ich utkania a wreszcie w III. prawdopodobnie także wskutek poronienia z trąbki z następowem wytworzeniem

się krwistku ograniczonego śródotrzewnowego. Zajmującem w tych przypadkach jest dalej to, że przedstawiają one rozmaite formy wewnętrznych krwotoków, jakie z przyczyny ciąży zamacicznej powstać mogą. I tak w przypadkach IV., V. i VI. znaleźliśmy krwotok wolny do jamy otrzewnowej, w przypadku II. krwotok w osłony jaja (zaśniad krwawy), w przypadku III. krwotok ograniczony w formie krwisteku śródotrzewnowego a nadto w przypadku IV. tak zwany krwiak trąbkowy, który niekiedy do bardzo znacznych dochodzi rozmiarów.

Pod względem dyagnostycznym zasługuje przedewszystkiem na uwagę nasz przypadek I., w nim bowiem ciąży przed operacyą nie rozpoznałem. Wiadomo, że rozpoznanie ciąży zamacicznej bywa w ogóle trudne, wyjąwszy pewnego okresu w czasie drugiej połowy trwania ciąży, dopóki płód żyje; mamy bowiem na ówczas objawy ciąży pewne, a skoro równocześnie udaje się obok tumoru, płód obejmującego, wykazać tumor drugi i stwierdzić, że tym drugim tumorem jest macica próżna, rozpoznanie jest gotowe. Ta względnie łatwa dyagnoza staje się z dnia na dzień trudniejszą od chwili, gdy płód umarł. Już od pierwszego dnia brakuje dwóch pewnych objawów, to jest tętna płodowego i ruchów płodowych, a trzeci pewny objaw: możność wymacania części ciała płodu, zaciera się z dnia na dzień; wsteczne bowiem zmiany w jaju płodowem rozpoczynają się od tego, że wody płodowej w jaju stopniowo ubywa, przez co tumor coraz jednostajniejszą nabywa postać i zbitość. Nadto trzeba pamiętać, że im więcej czasu od śmierci płodu upływa, tem bardziej zanikają wszelkie inne zmiany przez ciążę w narządzie płciowym i w jego otoczeniu wywołane a objawami prawdopodobnymi ciąży nazwane; czynne bowiem przekrwienie, podtrzymywane rozwojem jaja ustępuje ze śmiercią jego a bierne zmniejsza się w miarę zmniejszania się tumoru, płód obejmującego. Sutki przybierają powoli cechy sutków kobiety, która była w ciąży, ale po porodzie nie karmiła, zasinienie sromu i ścian pochwy ustępuje stopniowo, podobnież i rozpulchnienie tych części a równocześnie zwija się i maleje macica. Przybywają zazwyczaj wprawdzie objawy nowe w następstwie podrażnienia otrzewny i przeobrażenia, względnie rozkładu jaja, ale objawy te przynajmniej w początku nie mają nic dla ciąży zamacicznej charakterystycznego, gdyż mogą być i tumorami innego rodzaju wywołane. Jedynym bardzo uderzającym objawem bywa nagle powstająca anemia z krwotoku wewnętrznego (co się jednak nie często po śmierci płodu przydarza) obok anamnezy za ciążą przemawiającej, w okresie zaś późniejszym wydzielanie się części płodu. Wobec tego nie dziwna, że rozpoznanie ciąży zamacicznej w drugiej jej połowie po śmierci płodu bardzo bywa trudnem a częstokroć wprost niemożliwem. W naszym przypadku można się było istnienia ciąży takiej z wywiadów domyślać i byłbym się jej zapewne domyślił, gdyby nie okoliczność, że anamnezę tę podawała kobieta małego wykształcenia, na której opowiadaniach nie wiele można było polegać i gdyby nie to, że zmiany przedmiotowe parły natarczywie myśl na włókniak podsurowiczy a nie na ciążę. Zwracam uwagę z naciskiem, że aczkolwiek chora przybyła do kliniki w niespełna pięć miesięcy po prawidłowym kresie ciąży a więc i po obumarciu płodu, macica jej zwinęła się już do tego stopnia, że zgłębnik nie wykazał jej powiększenia, a i po przecięciu powłok brzusznych znaleźliśmy macicę bardzo mało większą, niż to prawidłowym stosunkom odpowiada, wyjąwszy oczywiście tę część, w której było jaje płodowe. Zadziwić to musi tem więcej, że istniała ciąża trąbkowo-maciczna. O odejściu doczesny nic chora nie wspominała i niczego w tym względzie od niej nie można się było dowiedzieć. Zasinienia przedsionka i pochwy nie znaleziono.

Pacyentka przez błędne rozpoznanie nic nie straciła; gdybym był bowiem rozpoznał ciążę, byłbym także przystąpił do wycięcia guza z jajem płodowem a nie narażał chorej na wątpliwe bardzo losy leczenia konserwatywnego tem więcej, iż brak ważniejszych powikłań dozwalał spodziewać się dobrego wyniku operacyi.

W następnych pięciu przypadkach rozpoznanie nie przedstawiało trudności większych, wyjąwszy przypadek III., w którym rozpoznanie pewne przed operacyą i przed histologicznem zbadaniem wydobytego guza było wprost niemożliwem. Wspomnieć mi dalej wypada, że w trzech przypadkach zakładano w celu dyagnostycznym sondę maciczną, poczem zwrócił asystent kliniczny p. Dr. Świtalski uwagę na to, iż każdym razem znaleziono ścianę wewnętrzną macicy miększą, niż zwykle bywa i bardzo wyraźnie nierówną, niby w bruzdy pooraną. Na okoliczność tę, stwierdzoną także przezemnie i kilku współpracowników klinicznych, zwracam uwagę; może ona w wątpliwym przypadku mieć swoje znaczenie rozpoznawcze i w każdym razie zasługuje na uwzględnienie jako mniej w następstwach groźna, niż zalecane przez Otta dla przypadków wątpliwych wycięcie kawałka doczesny celem poddania jej mikroskopowemu zbadaniu.

Zanim ten ustęp zakończę, zwrócę jeszcze uwagę, iż dwie z naszych chorych: 1-sza i 4-ta podawały wyraźnie, iż nie rodziły i nie roniły nigdy i nie wiedziały o tem, by kiedykolwiek przebyły jakie cierpienie ginekologiczne. Ważne to dlatego, gdyż niektórzy autorowie podają jako pewnik, iż ciąża zamaciczna nie bywa nigdy ciążą pierwszą. Dwa powyżej wymienione przypadki sprzeciwiają się temu twierdzeniu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

L. p. 129. Ch. M., lat 53, zamężna, z Wólki Doleckiej. *Cystoma proliferum papillare in neoplasma malignum vergens. Disseminatio neoplasmatis in peritoneo et degeneratio neoplasmatica omenti.* Leczenie: *Laparotomia explorativa.*

Wywiady: Zamężna od 26-ciu lat. Rodziła 13 razy prawidłowo; ostatni poród bliźniaczy przed $8^1/_2$ laty. Regularność odbywała się zawsze prawidłowo. Przestała miesiączkować przed 6-ma laty. Od jesieni miewa bóle dołem. Mocz oddaje prawidłowo, stolec zaparty.

Stan obecny: Osoba dobrze zbudowana, średnio odżywiona. W brzuchu znajduje się guz wychodzący z miednicy małej, sięgający na dwa palce poniżej pępka, na boki

rozciągający się jednakowo na 4 palce poza linią środkową. Tumor ten jest elastyczny, chełboczący, niebolesny, z boku na bok ruchomy, nie wiele z dołu ku górze. Wypuk nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy. Srom rozwarty, międzykrocze do połowy zbliznowaciałe. Pochwa prawidłowa; część pochwowa krótka, twarda. Przednie sklepienie wolne; przy spychaniu tumoru od zewnątrz można przez nie wybadać dolny jego odcinek, na powierzchni którego czuć twardsze nierówności. Przez tylne sklepienie płaskie można wybadać opór twardy o powierzchni nierównej, niedający się odgraniczyć, bolesny, nieporuszalny. Związku bezpośredniego między tym oporem a guzem powyżej opisanym wykazać nie można. Przez lewe sklepienie daje się wybadać opór twardy, bolesny, rozlany, o powierzchni nierównej. Trzonu macicy wymacać nie można. Przez odbytnicę można wykazać, że zatoka Douglasa wypełniona jest twardym, nieporuszalnym oporem, rozchodzącym się na boki, do ścian miednicy ściśle przylegającym. Sonda wchodzi horyzontalnie i wykazuje długość jamy macicy 6 cm.

Dnia 7. Czerwca przystąpiono do laparotomii. Po przecięciu powłok brzusznych wylała się mierna ilość płynu surowiczego. Ręka wprowadzona do jamy brzusznej wykazuje guz wielkości główki dziecka gładki, chełboczący. Niedaleko spojenia ściany jego są przerosłe masą nowotworową, bujającą kosztem brodawek. W sąsiedztwie otrzewna zasiana drobnymi guzkami nowotworowymi. W głębi od tyłu guz przechodzi w zbitą, twardą masę nowotworową. Powyżej nowotworu można wykazać sieć bardzo znacznie zgrubiałą, twardą, pokurczoną w skutek zwyrodnienia nowotworowego. Wobec takiego stanu rzeczy zaniechano wszelkiego zabiegu i zeszyto ranę brzuszną. Chora 15. Czerwca została przeniesiona do szpitala św. Łazarza.

L. p. 41. L. M., lat 20, wolna, z Kłyża. *Sarcoma uteri et ovarii utriusque.* L e c z e n i e: *Amputatio uteri supravaginalis et ovariotomia.*

W y w i a d y: Regularność od 15. roku życia powtarzała się prawidłowo mniej więcej przez dwa lata. Od trzech lat nie miesiączkuje; natomiast każdego miesiąca w czasie, w którymby miała przypaść regularność, doznaje silnych boleści przez trzy do czterech dni się utrzymujących tak, że zmuszona jest wtedy leżeć. Poza tem nie doznaje żadnych bólów, tylko czasami kłucie w dolnej części brzucha. Nie roniła, nie rodziła. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

S t a n o b e c n y: Osoba wzrostu małego, nędznie zbudowana i odżywiona. Rysy twarzy zaostrzone. Ciepłota prawidłowa, tętno przyśpieszone. Sutki bardzo słabo rozwinięte. Brzuch wypuklony więcej pod pępkiem a to więcej po stronie lewej. Po obu stronach w okolicach nadpachwinowych widać porozszerzane żyły. W brzuchu daje się wybadać nad spojeniem i pachwiną lewą guz kształtu nieregularnego, sięgający w linii środkowej na trzy palce poniżej pępka i rozciągający się ztąd na lewo w tej samej wysokości na dwa palce do *spina anterior superior.* Na stronie prawej przekracza linię środkową na trzy palce. Od spojenia łonowego do końca tumoru w linii środkowej 15 cm., od *spina anterior superior* do pępka po stronie lewej 22 cm., po stronie prawej 23 cm. Tumor ten ma powierzchnię nierówną, guzowatą, jest niejednostajnie twardy, gdzieniegdzie zbitości chrząstki, niebolesny, od dołu odgraniczyć się nie dający ani od spojenia łonowego ani od pachwin. Ruchomość guza jest bardzo nieznaczna. Odgłos nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy. Wargi większe słabo rozwinięte. Błona dziewicza utrzymana. Wejście do pochwy wąskie, pochwa miernie długa, dość pulchna, część pochwowa miernej długości na $^1/_2$ falangi długa, stożkowata, w tylnej swej ścianie zbitsza i twardsza. Przez sklepienie przednie wklęsłe daje się wybadać dolny odcinek tumoru powyżej opisanego. Sklepienie prawe jest wolne; przez sklepienie lewe czuć jakby dolny odcinek tumoru. Sklepienie tylne lekko wypuklone przez guz wielkości orzecha włoskiego konsystencyi miernie zbitej, nieruchomy, odgraniczony od szyi rowkiem, za uciskiem niebolesny. Ruchy tumoru nad spojeniem leżącego udzielają się części pochwowej. Po odsunięciu tumoru na bok ku stronie prawej daje się wybadać przez sklepienie lewe opór twardy, ciągnący się od szyjki do talerza biodrowego. Badając przez odbytnicę więcej ku stronie prawej na wysokości palca średniego, można wybadać dokładnie ów guz mniejszy, trochę poruszalny. Sonda wchodzi tylko do ujścia wewnętrznego.

Dnia 1. Lutego przystąpiono do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęła mierna ilość płynu surowiczego. Guz, który był powiększony znacznie zdeformowaną macicą, prawdopodobnie zlaną w jedną całość z lewym jajnikiem, również przez nowotwór zajętym (po tej bowiem stronie ani jajnika ani trąbki nie można było znaleść), o powierzchni nierównej, guzowatej, jest na przedniej ścianie pokryty siecią mocno do niego przyrosłą. Od strony prawej guz daje się dokładnie odgraniczyć; natomiast od strony lewej w skutek licznych zrostów z jelitem i tkankami sąsiedniemi nie można wybadać, jak daleko i głęboko guz się rozciąga. Po stronie prawej na dnie zatoki Douglasa znajduje się do wielkości małego jabłka powiększony, wolny jajnik. Mając nadzieję wycięcia guza w całości przystąpiono do dalszego ciągu operacyi. Podwiązano kilkoma jedwabnemi podwiązkami sieć i między podwiązkami przepalono przyżegadłem Paquelina. Następnie oddzielono kilka taśmowatych zrostów od tyłu i przystąpiono do nader mozolnego oddzielania guza od strony lewej. Po oddzieleniu jelita mocno z guzem zrosłego częścią na tępo a częścią nożyczkami, pokazało się, że guz ten w dalszym ciągu przechodzi na talerz biodrowy i że wyłuszczenie jego całkowite jest niemożliwe. Dlatego przecięto guz nożyczkami a powierzchnia przekroju pozostająca przy talerzu biodrowym przypalono przyżegadłem Paquelina. W dalszym ciągu oddzielono guz od przodu. Uwolniwszy w ten sposób tumor maciczny, podwiązano szyjkę macicy dwoma podwiązkami jedwabnemi poniżej ujścia wewnętrznego i ponad niemi odcięto. Następnie odcięto prawy jajnik, również mięsakowo zwyrodniały. Po podwiązaniu naczyń ujętych w zasuwki, zespojono górną część rany brzusznej; przez dolną część otwartą wsunięto do jamy brzusznej worek Mikulicza i założono opatrunek antyseptyczny, uciskający silnie w okolicy worka. Podczas operacyi wystąpiła bardzo silna *asphyxia*, usunięta przez przez zastosowanie sztucznego oddychania przez 20 minut. Po operacyi tętno 120, twarz bledsza, kończyny chłodne. Wieczorem temperatura 38·6°, tętno do 150.

Dnia 2. Lutego wśród temperatury 39·3° i coraz bardziej słabnącego tętna śmierć.

S e k c y a w y k a z a ł a: *Degeneratio adiposa musculi cordis, infiltratio sarcomatosa glandularum retroperitonealium et textus muscularis in regione iliaca sinistra in individuo anaemico.* Przypadek ten stał się przedmiotem ożywionej dyskusyi na jednem z posiedzeń Towarzystwa ginekologicznego.

V. C h o r o b y t r ą b e k.

Graviditas extrauterina interstitialis	1
Hydrosalpinx	2
Pyosalpinx	4
Salpingitis ambilateralis	1
R a z e m	8

1) *Graviditas extrauterina interstitialis.*

Przypadek ten opisany w pracy prof. Jordana w *Przeglądzie lekarskim* Nrze 41. z r. b.

2) *Salpingitides.*

L. p. 131. S. M., lat 26, zamężna, z Jalina. *Salpingitis ambilateralis tuberculosa. Abscessus tuboovariacus sinister.* L e c z e n i e: *Salpingotomia dextra et salpingectomia sinistra.*

W y w i a d y: Rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed trzema laty. Roniła raz w trzecim miesiącu ciąży w przebiegu tyfusu. Regularność dawniej prawidłowa od je-

sieni powtarza się co miesiąc z silnymi bólami dołem brzucha. Od dłuższego czasu miewa białe upławy a w ostatnich miesiącach czasami bóle strzykające w brzuchu.

Stan obecny: Brzuch pod pępkiem, zwłaszcza po stronie lewej miernie wypuklony przez guz wychodzący z miednicy małej, kształtu jajowatego, sięgający prawie do pępka, rozszerzający się ku stronie prawej, na 2 palce ku stronie lewej, na 4 palce poza linią środkową. Guz ten z boku na bok ruchomy, jest w dolnej części tuż nad spojeniem twardy, nierówny, bolesny i nie daje się wcale odgraniczyć, w górnej swej części jest elastyczny, gładki, niebolesny. Od spojenia łonowego do końca tumoru 16 cm., szerokość guza (w miejscu najszerszem) 15 cm.

Badanie przez pochwę: Przez sklepienie przednie niżej ustawione można wybadać trzon macicy nieruchomy, wielkości prawidłowej. Przez sklepienie prawe daje się wybadać opór bolesny, bliżej określić się niedający. Przez sklepienie boczne lewe, przypłaszczone można wybadać opór rozciągający się ku przodowi prawie aż do spojenia, ku tyłowi do odbytnicy, przylegający ściśle do macicy i od niej oddzielić się nie dający, o powierzchni gładkiej, elastyczny, który w górze, jak się zdaje, przechodzi w guz zewnętrznie wybadany. Do tylnej ściany macicy przylega miękki, chełboczący, z tamtymi w związku będący opór. Przy przesuwaniu tumoru zewnętrznie wybadanego na prawo, macica w całości przesuwa się dość znacznie na lewo, tumor zaś ułożony w sklepieniu lewem wysuwa się ku górze, prawe boczne sklepienie rozszerza się a w nim pojawia się kawałek tumoru o własnościach jak powyżej. Wziernikiem widzi się erozye na brzegach ujścia; sonda wykazuje długość jamy macicy prawidłową.

Dnia 16. Czerwca wykonano zabieg operacyjny. Po rozcięciu powłok brzusznych badanie bezpośrednie wykazało macicę ułożoną ku przodowi, trąbkę prawą pokręconą, rozszerzoną do grubości małego palca, o ścianach zgrubiałych, pozrastałą ze sąsiedztwem. Po stronie lewej znajduje się guz wielkości główki ośmiomiesięcznego dziecka o powierzchni gładkiej, w całości pokryty otrzewną, od tylnej dolnej swej części zrosły z tylną ścianą miednicy. Do przedniej ściany guza po stronie prawej przylega część brzuszna trąbki ściśle z guzem połączona. Trąbka lewa również jest rozszerzona i zgrubiała. Najpierw oddzielono trąbkę prawą, podwiązano i odcięto. Gdy chciano następnie oddzielić trąbkę lewą, pokazało się, że to jest niemożliwem z powodu bardzo silnego związku z guzem; dlatego zmieniono plan operacyjny. Rozcięto na szczycie guza podłużnie torebkę i postanowiono tumor wyłuszczyć. Podczas wyłuszczania ściana guza pękła i ropa zaczęła wypływać silnym strumieniem, który skierowano zaraz na zewnątrz, pewna jednak część ropy dostała się do jamy brzusznej. W dalszym ciągu z bardzo wielką trudnością oddzielono po odpływie ropy pozostałą torbę guza wraz z częścią przyrosłej do niego trąbki. Oddzielaniu guza towarzyszyło dosyć znaczne, trudne do zatamowania krwawienie. Po podwiązaniu wszystkich naczyń, o ile możności bardzo dokładnem, oczyszczeniu jamy brzusznej 3% rozczynem kwasu borowego, zaszyto powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Stan chorej po operacyi pozostawiał wiele do życzenia; twarz sina, kończyny chłodne, tętno zaledwie wyczuwalne kazały się spodziewać rychłego zejścia śmiertelnego, które też pomimo stosowania całego szeregu środków podniecających wśród coraz bardziej słabnącego tętna nastąpiło dnia 17. Czerwca 1894. (Dokończenie nastąpi).

Chirurgia.

R. Emmerich i M. Zimmermann: **O kilku przypadkach raka i mięsaka leczonych surowicą rakową.**

Dawne sprawozdania o wynikach otrzymanych w przypadkach nowotworów złośliwych uzupełniają autorowie nowemi, bardzo korzystnemi i wielce ciekawemi. Ogółem pięć przypadków, z tych trzy raka, dwa mięsaka leczono ich metodą, a jakkolwiek opisy choroby, chociaż obszerne są miejscami niezupełnie jasne, zdaje się przecież, że ogromne budzą nadzieje i pozwalają marzyć nawet o zupełnem wyleczeniu.

Z powodu ważności sprawy pozwolę sobie w krótkości powtórzyć i sposób leczenia i przejść historye chorób. E. i Z. używają do wstrzykiwania jużto sterylizowanej surowicy róży, już też surowicy wraz z kokami róży. W tym ostatnim razie wywołują po prostu miejscową różę, która jednakże skutkiem poprzedniego immunizowania surowicą ma przebieg łagodny i bezwarunkowo niebezpieczny, działanie zaś jej jest pewniejsze i silniejsze, niż samej surowicy.

Przyjmują do leczenia przypadki tylko beznadziejne, a więc raki i mięsaki niemożliwe do operowania, najczęściej po jednej lub kilku operacyach powracające, co rzecz oczywista tem więcej w razie korzystnego wyniku podnosi wartość tego sposobu leczenia.

A jak ze sprawozdania autorów widać, wyniki są zdumiewające:

Przypadek 1. Rak sutka lewego operowany, recydywa w bliźnie i rak sutka prawego (przerzut). E. i Z. leczą tylko guz sutka prawego (dla porównania z lewym). Kilkakrotne dzień po dniu powtarzane wstrzykiwania coraz to większych dawek surowicy (1, 2, 3, 4, 5 cm.[3]) wywołują jak zwykle obrzęk i zaczerwienienie (*pseudoerisypelas*) z małem podniesieniem się temperatury, poczem kilka dni pauzy i znowu przez dni kilka wstrzykiwania. Stan ogólny dobry, guz maleje. W trzy miesiące potem guz znacznie pomniejszony, odżywienie lepsze, bólów nie ma. Po stronie lewej (nieleczonej) guzki recydywujące powiększają się.

Przypadek 2. Rak sutka. Zrobiono 6 wstrzykiwań. Guz przestaje rosnąć, bóle znikają, ogólny stan się poprawia, w dwa miesiące później *status quo ante.*

Przypadek 3. Rak języka i gruczołów podszczękowych u doktora medycyny, dentysty. Zrazu wstrzykiwania, potem szczepienie róży. Odczyn nieznaczny; zato guzy znikają prawie doszczętnie a odżywienie się poprawia. Dodane ryciny ilustrują bardzo znaczną różnicę w wejrzeniu chorego przed leczeniem i po leczeniu.

Przypadek 4. Mięsak uda, który cztery razy operowany cztery razy powracał, po dwakroć powtórzonych kilkudniowych injekcyach zaniknął prawie zupełnie.

Również w przypadku 5. mięsak szczęki zmniejszył się i wstrzymał swój wzrost.

Autorowie czują, jak wielką biorą na siebie odpowiedzialność, ale postępują sumiennie i rzeczy przedstawiają jasno.

To też w dopisku zwróconym do prof. Czernego zastrzegają się, aby ich uczciwą i mozolną pracę nie porównywać z takiemi ogłoszeniami, jak Adamkiewicza o kankroinie.

Za surowicę, którą wyrabia w ich zakładzie Dr. Scholl (w Thalkirchen), także mogą ręczyć.

Oby tylko czas nie rozwiał znowu tych nadziei, do których po tylu rozczarowaniach niezbyt jesteśmy dziś skłonni. W każdym razie nie brak przypadków na śmierć skazanych, gdzie wszystkiego próbować wolno a nawet należy. *(Deutsche medicinische Wochenschrift.* Nr. 43. 1895).

A. Gabryszewski.

H. Gotard: **Trzy przypadki zgorzeli kończyn u młodych ludzi.**

Autor opisuje trzy przypadki zgorzeli kończyn dolnych i górnych u osobników, liczących lat 27, 40 i 46 Pierwszy cierpiał na gruźlicę płuc, drugi we wywiadach wspomniał o kile (przymiocie), trzeci zaś nic opowiada o żadnem przebytem cierpieniu; istniejące jednak pewne zmiany anatomiczne u 1-go a niepomyślny stan zdrowotny dzieci 3-go, pozwalają autorowi wnosić, że i oni przebywali kiłę. U wszystkich trzech chorych cierpienie rozpoczynało się bólem w miej-

scu najbardziej obwodowo położonem, przed amputacyą zatem na palcach rąk i nóg. Po pewnym czasie, w temże miejscu (najczęściej pod paznogciem) tworzył się ropień lub owrzodzenie a z miejsca tego już szybko zgorzel posuwała się dośrodkowo. Leczenie zachowawcze (lecz nie przeciwkiłowe) bez skutku. Uciekano się zatem do amputacyi, którą często powtarzać musiano, bo sprawa ciągle postępowała. Rana poamputacyjna goiła się długo, bo rok i dwa lata. Przedmiotowo, prócz osłabienia tętna w niektórych tętnicach, nic nie znaleziono, coby zgorzel tłómaczyło. W przypadku drugim badanie anatomiczne wykazało *endarteriitis obliterans*. Autor, po wykluczeniu nerwic opisanych przez Reynauda i Lancereauxa a dających podobny obraz chorobowy, przychodzi do przekonania, że tłem wszędzie była kiła i wyraża przekonanie, że leczenie swoiste wcześnie zastosowane, uchroni chorych od amputacyi. *(Gazeta lekarska* Nr. 39. 1895).

Dr. M. W. H.

Choroby wewnętrzne.

A. Łogucki: **Przyczynek do etyologii ropnia około-migdałkowego.**

Ł. zbadał dokładnie 11 przypadków tych ropni, sadowiących się jużto między łukiem przednim a migdałkiem, jużto między migdałkiem a łukiem tylnym i przychodzi do przekonania:

1) że cierpienie to występuje zawsze jako następowe u ludzi, którzy poprzednio często zapadali na ostre zapalenie migdałka. W następstwie tych zapaleń tworzą się zrosty między migdałkiem a łukami a w tak powstających zaułkach wydzielina ulega zastojowi, rozkłada się i zazdraźnia otoczenie;

2) że z ropy w pierwszych dniach wyhodować można przeważnie paciorkowce, później gronkowce i paciorkowce, w późnych natomiast okresach przeważnie gronkowce. To ostatnie tłómaczymy sobie przerastaniem paciorkowców przez gronkowce. *(Gazeta lekarska* Nr. 42. 1895).

Dr. M. W. H.

H. Higier (z Warszawy): **Niezwykle rzadka postać zmiennego skrzywienia bocznego kręgosłupa w przebiegu rwy kulszowej.**

Wiadomo, że w przebiegu rwy kulszowej występuje skrzywienie boczne kręgosłupa i to najczęściej w ten sposób, że kręgosłup w części lędźwiowej wygina się swą wypukłością w stronę zajętego nerwu, skutkiem czego cały tułów przechyla się w stronę przeciwną. Rzadziej ma się rzecz odwrotnie. Autor obecnie opisuje odmienną postać tego cierpienia i nazywa ją *scoliosis ischiatica alternans*. A postać tą cechuje się tem, że u chorego z *ischias scoliotica*, bez jego woli, napadowo, wśród silnych bólów, nawet do zemdlenia prowadzących, istniejące stale skrzywienie n. p. skrzyżowane, zamienia się na jednostronne, które znów po pewnym czasie ustępuje miejsca pierwotnej skoliozie. Przypadków takich obserwował autor dwa i zaznacza, że w obu nerwoból był uporczywy, w obu zajętym był nietylko splot krzyżowy, ale i lędźwiowy i w obu nareszcie wiele objawów przemawiało raczej za sprawą zapalną, niż za nerwobólem. Kilka podobnych przypadków opisał Phulpin, nie należy tu zaś przypadek Remaka, gdyż jego chory dowolnie używając pewnych sztuczek, wywoływał zmianę bocznego zgięcia w przebiegu wyżej wspomnianego cierpienia. Rozróżniaćby zatem należało trzy postacie bocznego skrzywienia kręgosłupa w skutek rwy kulszowej: 1) skrzyżowane, 2) jednostronne, 3) zmienne. *(Gazeta lekarska* Nr. 40. i 41. *Dr. M. W. H.*

Beimer i Peiper: **O własnościach uodporniających krwi po przebyciu ospy** *(Vaccine-Immunität)*.

Jakkolwiek już poprzednio kilku badaczy kusiło się o wykazanie własności immunizacyjnych przeciw ospie krwi ludzi, którzy ospę przebyli (analogicznie do takichże własności krwi osobników, którzy błonicę przebyli), to jednak wyniki tych badań były wątpliwe i niezgodne. B. i P. powtórzyli te doświadczenia na zaszczepionych ospą krowach i przyszli na podstawie tych doświadczeń do przekonania, że krew, względnie jej surowica nie posiada tego rodzaju własności, aby wstrzyknięta innemu zwierzęciu mogła je przeciw ospie uodpornić a przynajmniej, jeśli własność tę posiada, to w tak małym stopniu, że jej praktycznie w celu immunizowania zużytkować nie możemy. *(Berliner klinische Wochenschrift.* 37. 1895). *Dr. R.*

Choroby zakaźne.

A. Celli (prof.) i R. Fiocca: **Etyologia czerwonki (dysenteryi).**

Materyału, uzyskanego z 62 chorych na typową dysenteryę, użyli autorowie do nieskończonych jeszcze badań doświadczalnych na kotach, które doprowadziły do wniosków następujących:

Przyczyną dysenteryi naszego i gorącego klimatu (Egiptu) nie jest osobny prątek chorobotwórczy.

Ameby, w szczególności *amoeba coli* nie mogą być uważane za bezpośrednią przyczynę choroby, ponieważ 1) w niektórych przypadkach typowej dysynteryi ameb wcale nie ma; 2) przez zaszczepienie prątków zmięszanych z amebami można wywołać dysenteryę, w której już ameb wykryć nie można, jak również po zabiciu ameb w takiej mięszaninie za pomocą ciepła, można jeszcze wywołać nią typową czerwonkę 3) ameby a przedewszystkiem *amoeba coli* znajdują się nader często w stolcach ludzi zdrowych.

W stolcach dysenteryecznych znajduje się stale *bacterium coli commune*, często w towarzystwie prątka podobnego do prątka tyfusowego a czasem paciorkowców i niekiedy *proteus*.

Doświadczalnie udaje się, najlepiej przez odbytnicę, tem *bacterium coli* a czasem i innymi towarzyszącymi mu prątkami wywołać czerwonkę; zdaje się nawet, że obecność tych prątków jest jedną z przyczyn, zamieniających *bacterium coli commune* na odmianę *bacterium coli dysenteriae*, która potem zatrzymuje właściwą sobie jadowitość w całym szeregu zakażonych zwierząt. Cechującem dla tej odmiany jest wytwarzanie toksyn, wywołujących typowe zmiany desenteryczne w jelicie, jakakolwiekby drogą (przez usta, odbytnicę lub podskórnie) dostały się do organizmu. Toksyny te dają się w hodowlach bulionowych wydzielić alkoholem i są we wodzie rozpuszczalne. Jadowitość ich dochodzić może do tak wysokiego stopnia, że wywołują, zadane *per os*, bardzo rychło śmierć bez żadnych zmian lub z nieznacznemi tylko zmianami anatomicznemi. *(Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde.* 1895. T. XVII. Nr. 9, 10.

Ciechanowski.

Patologia.

Rey: **Dalsze badania kliniczne nad wchłanianiem i wydalaniem wapna z ustroju.**

Wyniki badań przedsięwziętych przez R. potwierdziły przedewszystkiem już ogólnie przyjęte zapatrywanie, że wydzielanie się wapna moczem u dzieci tak zdrowych jak i krzywicą dotkniętych, jest do pewnego stopnia stałe, że może zwiększyć się w razie większego doprowadzania wapna przez przewód pokarmowy, że istnieją różnice między wydalaniem wapna u dzieci zdrowych a u dzieci krzywiczych, że jednak krzywica nie polega na zmniejszeniu się wchłaniania wapna z pokarmu. Wiadomo także, że przez podawanie kwasu solnego (a więc środka rozpuszczającego wapno) wzmaga się, przez podanie środków wydzielających wapno (fosforan sodowy) zmniejsza się jego resorpcya.

Obok potwierdzenia tych rzeczy wiadomych, doświadczenia te przyniosły jednak nowe, nader ciekawe dane a mianowicie wykazały, że wrazie podawania dzieciom krzywicą dotkniętym fosforu rozpuszczonego w tranie wzmagała się re-

sorpcya wapna, przy podawaniu zaś czystego tranu wzmagała się także, ale w znacznie mniejszym stopniu.

Ilość wapna w moczu zmniejszała się także w razie podawania czystego fosforu w emulsyi, jednak nigdy w tym stopniu, jak w razie podawania fosforu rozpuszczonego w tranie. *(Deutsche Medicinische Wochenschrift* Nr. 35. 1895).

Dr. R.

Zapiski terapeutyczne.

131. L. Heusner: Przyczynek do leczenia nadmiernych potów (*hyperhidrosis*). (Ze szpitala miejskiego w Barmen). Wydzielanie potu, w prawidłowych granicach pożyteczna i potrzebna czynność naszego ustroju, staje się w razie przekroczenia miary źródłem nieprzyjemności i niebezpieczeństwa. Według Funkego zawiera pot substancyj stałych od 0·7 do 2·6%, średnio 1·6%, z czego ³/₄ przypada na organiczne, ¹/₄ zaś na nieorganiczne składniki. W pocie znajdują się chlorki i fosforany, tudzież tlenek żelaza w tymże samym stosunku ilościowym, co i we krwi a rozpływne poty u suchotników wyczerpują organizm nie tylko przez odejmowanie ciepła, ale i przez pozbawianie ważnych dlań połączeń nieorganicznych. Oddziaływanie potu pierwotnie alkaliczne staje się kwaśnem przez domieszkę kwasów tłuszczowych, mianowicie kwasu mrówkowego, pochodzących z rozkładu łoju skórnego, staje się w razie większego wydzielania obojętnem a nawet alkalicznem. Dawniej mniemano, że pot jest prostą przepociną (*transsudatum*) ze krwi; dziś zaś wiemy z poszukiwań Dupuya, Luchsingera, Goltza i innych, że wydzielanie się potu jest zawikłaną czynnością układu nerwowego. Trzeba przypuścić, że u chorych z nadmiernymi potami albo ośrodki właściwe są pobudzone nadzwyczajnie albo przyrząd tamujący upośledzony w swej czynności, może przez substancye krążące we krwi. Nawet sposobem odruchowym przyjść może przez drażnienie nerwów obwodowych do wydzielania się potu.

Wydzielanie się potu można ograniczyć środkami działającymi bądźto na ośrodki nerwowe, bądź na obwód i według tego podzielić je na dwie gromady, przyczem pokazuje się, że na tem polu nie ma wiele środków skutecznych. Tyczy się to osobliwie środków wewnętrznych.

Atropina zmniejsza czynność wydzielania wszystkich prawdziwych gruczołów a więc i potnych, tylko że to jej działanie maleje podczas zażywania przez pewien czas tak, iż trzeba dawkę ciągle powiększać a w końcu i tak ono ustaje. Podobnie rzecz się ma z hioscyną i zalecaną przez Lauschmanna w dawce wieczornej po 0·05 do 0·10 agarycyną. Również niepewnem jest działanie wyciągu płynnego tak sporyszu (*secale cornutum*) jak i *hydrastis canadensis*. Wolno też wątpić, czy i podskórne wstrzykiwania ergotyny (*exti secalis cornuti 3·00, spiritus vini, glycerini, aquae destillatae aa 5·00*. S. Wieczorem wstrzyknąć po jednej strzykawce) działa lepiej od wewnętrznego zadawania; to pewna, że jest ono dla chorych z powodu swej bolesności bardzo nieprzyjemne.

Środków zewnętrznych używano dotychczas prawie wyłącznie przeciw miejscowemu poceniu się nadmiernemu rąk i stóp. Tylko suchotnikom polecano obmywanie się wodą zimną z dodatkiem wyskoku, octu, ałunu lub taniny.

Przeciwpotne środki zewnętrzne można podzielić na działające mechanicznie, na działające przeważnie desinfekcyjnie i desodoryzacyjnie, na kwasy organiczne i nieorganiczne, na chloral i chloroetery.

Mechanicznie działa sposób podany przez Hebrę a polegający na tem, iż na pocącą się skórę podeszwy i palców u nogi przykłada się plaster z *unguentum diachylon*, który zmienia się co 12 godzin, poczem przyskórek oddziela się całemi płatami. Sposób ten, zdaniem Hebry, albo raz na zawsze albo przynajmniej na całe lata skuteczny wymaga leżenia w łóżku, ztąd jest w użyciu niedogodny a nieraz mimo tego zawodzi zupełnie.

Do sposobów działających na poty przeważnie przez desinfekcyą należą obmywania wyskokiem, kwasem karbolowym, sublimatem, octanem glinowym, kwasem borowym, nadmanganezanem potasowym, pomazywanie dziegciem, roztworem naftolu, olejkiem bergamotkowym, posypywanie azotanem bismutowym i kwasem salicylowym, który wchodzi także wraz z łojkiem (*talcum*) i kwasem borowym do wielu środków tajnych, zalecanych na pocenie się nóg.

Z kwasów nieorganicznych najwięcej zalecają kwas chromowy, w armii niemieckiej w roztworze 5 do 10%, którym pomazuje się podeszwy i brzegi palców z początku raz dziennie, później w miarę zmniejszania się wydzieliny rzadziej. Środek ten jest wprawdzie bardzo skuteczny, pod wpływem jego wszakże przemieniają się rany łatwo w głębokie wrzody a za dalszem używaniem pojawia się nawet właściwe zapalenie nerek. Kwas chromowy niszczy także i pończochy. Podobnie jak kwas chromowy, działa także roztwór półtorachlorku żelaza: *liquoris ferri sesquichlorati 50·00, glycerini 10·00, olei bergamottae 20.00*. Oczywiście, że na dłonie i inne widoczne części ciała prócz podeszew nie można użyć z powodu barwienia ani kwasu chromowego ani półtorachlorku żelaza.

Z kwasów organicznych używa się kwasu salicylowego, winowego (samego w postaci miałkiego proszku lub w połączeniu z kwasem borowym i salicylowym do zasypywania pończoch), octowego, cytrynowego.

Również okazały się miejscowo skutecznymi przeciw nadmiernym potom chloral i analogiczne połączenia chloru w postaci właściwych chloroeterów.

Autor używa roztworu wyskokowego balsamu peruwiańskiego (1%), z kwasem mrówkowym (5%) i chloralem (5%) a mianowicie przeciw potom miejscowym za pomocą zwitka waty, przeciw potom ogólnym przez rozpylanie.

W razie uporczywości potów miejscowych bierze się roztwór dwa razy mocniejszy, w razie potrzeby jeszcze mocniejszego działania z dodatkiem 1% kwasu trójchlorooctowego. Balsam peruwiański działa wybornie przez to, że zawiera w sobie kwasy (będźwinowy i cynamonowy), tudzież substancye lotne i odwaniające.

Kwas mrówkowy (farmakopei niemieckiej) zawiera 75% wody i rozpuszcza się w wodzie i wyskoku w każdym stosunku; spirytus mrówczany nie nadaje się do przerzeczonej mieszaniny, ponieważ zawiera za dużo wody i przez to nie rozpuszcza balsamu peruwiańskiego.

W użyciu wszelkich środków przeciw nadmiernym potom trzeba mieć na uwadze, że stosując je nie działamy na przyczynę i że zatem skutek ich po niejakim czasie mija, że więc trzeba i po wyleczeniu nierzadko znów do nich powracać w razie nawrotu choroby.

Do wstrzymania chwilowego rozpływnych potów u suchotników wystarcza według doświadczenia autora rozpylanie na skórze raz lub dwa razy dziennie roztworu wyskokowego 5% kwasu mrówkowego i 1% balsamu peruwiańskiego bez żadnych innych dodatków, do leczenia potów miejscowych na nogach, rękach i w pachach potrzeba wszakże zazwyczaj dodatku chloralu w wymienionej już ilości. *(Deutsche medizinische Wochenschrift*. 31. Października 1895).

132. O. Fiertz: O leczeniu krztuśca (kokluszu) bromoformem. Na podstawie doświadczenia w 75 przypadkach, w których przeważnej części przeprowadzono leczenie konsekwentnie, oświadcza autor, że nie miał ani jednego przypadku, w którymby bromoform nie działał nawet mimo nieregularnego zadawania. Najlepszy był skutek, jeżeli lek rzeczony zadawano regularnie podczas choroby i jeszcze przez 14 dni po jej ustaniu. Dla tych przypadków trwał okres zaciągania się przy kaszlu 2·19, dla całej zaś choroby 3·19 tygodni. Za najodpowiedniejszą dawkę dla dzieci do lat 10 uważa autor z początku co 6 godzin po tyle kropel, ile dziecię liczy lat, więcej o dwie. Najlepiej zadawać bromoform w łyżeczce od kawy wody ocukrzonej, przyczem baczyć należy, żeby bromoform dzieci połykały rzeczywiście a nie zostawiały go na łyżeczce. Jeżeli po 8 dniach zażywania bromoformu w ten sposób nie zmniejszy się liczba

napadów kaszlu z zaciąganiem się, należy dawkę powiększyć o 1 do 2 kropel. Bromoform należy zadawać w równej ilości jeszcze przez 14 dni po ustaniu kaszlu a potem powoli odeń odzwyczajać dzieci. Jeżeli w nocy nie ma więcej napadów, należy bromoform zadawać tylko co 8 godzin. Powikłania choroby nie są przeciwwskazaniem dla bromoformu, nakazują jednak w razie niebezpieczeństwa przepełnienia płuc śluzem zadawać go *refracta dosi*. W razie przypadkowego zatrucia bromoformem przez nieostrożność oddychanie sztuczne, przepłukanie żołądka, kąpiele ciepłe z polewaniami zimnemi, wilgotne obwijania ciała, świeże powietrze. (*Inaugural-Dissertation.* Zurych 1894).

133. Heller: O białkomoczu (*albuminuria*) po zadawaniu rtęci (z posiedzenia Tow. lekarskiego berlińskiego w dniu 23. Października 1895). Autor poszukiwał białka moczu u leczonych rtęcią w klinice prof. Lewina w berlińskiej *Charité*. Przeciwnie, jak Furbringer, który u takich chorych często (u 8%) wykrywał białko w moczu, nie znalazł autor białka na kilkuset badanych u 72%, w reszcie 28% byli to częścią ludzie cierpiący już przedtem na choroby nerek, częścią rozchodziło się o nieznaczne ilości białka albo prawdopodobnie propeptonu a tylko bardzo mało było przypadków, w których białkomocz dosięgnął wysokiego stopnia: raz tylko wystąpiło gwałtowne zapalenie nerek. Z przypadków, w których znaleziono białko w moczu, przeważną część leczono wcieraniem szaruchy, gdy % białkomoczu u leczonych wstrzykiwaniami sublimatu sposobem Lewina był znacznie mniejszy. Że w przypadkach białkomoczu u leczonych rtęcią nie rozchodziło się o białkomocz fizyologiczny, przekonał się autor przez kontrolę na zdrowych osobach, rtęci nie używających. Że nie był to także białkomocz kiłowy, dowód w tem, iż białkomocz ten ukazywał się i znikał z zadawaniem rtęci. Nie ulega przeto wątpliwości, iż zadawanie rtęci może być przyczyną białkomoczu i że częściej wywoływać go może wcieranie szaruchy, niż wstrzykiwanie małych ilości sublimatu sposobem Lewina.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Lewin, że przy używaniu rtęci jego sposobem w jego własnej klinice uważa się zawsze, by w razie pojawienia się ślinienia lub rozwolnienia zmniejszać ilość wstrzykiwanej rtęci lub nawet na kilka dni całkiem zaprzestać wstrzykiwania, nauczyło go bowiem doświadczenie, iż białkomocz łączy się właśnie ze ślinieniem się i rozwolnieniem.

Co do innych przyczyn białkomoczu po wstrzykiwaniu sublimatu, to pierwszym warunkiem pomyślnego leczenia tym sposobem jest prawidłowy stan organów, którymi rtęć się wydziela, t. j. nerek i jelit. Jeżeli jeden z nich nie działa całkiem prawidłowo, obejmuje wydzielanie rtęci drugi organ i doznaje zadrażnienia od większej tym sposobem ilości rtęci wydzielanej przez siebie. Dlatego powinno się zawsze uważać na oddawanie stolca.

Jeżeli znów przeciwnie nerki są chore, większa ilość rtęci wydziela się do jelit i wywołuje przez to rozwolnienie. Dlatego powinno się także i czynności nerek kontrolować ciągle. Również należy być ostrożnym w leczeniu rtęcią osób, które miały dawniej zapalenie nerek lub przebyły płonicę (*scarlatina*) tem bardziej, że nerki są narządem, którego choroby skłonne są do nawrotu.

Do białkomoczu prowadzić może także zmniejszenie się funkcyi nerek, n. p. przez wzniecenie potów. Dlatego Lewin nie łączy swego sposobu zadawania rtęci z leczeniem napotnem i jest bardzo ostrożny w leczeniu w letnich dniach gorących. Również należy unikać zadawania przetworów jodu obok stosowania rtęci, ponieważ wtedy łatwo tworzy się połączenie jodu z rtęcią, mocno nerki drażniące.

Że nie samo niestosowne odmierzenie dawki rtęci jest przyczyną białkomoczu, jest dowodem okoliczność, że i wiele innych substancyj, tkaniny drażniących wywołuje białkomocz; są niemi chloroform, eter, antyfebryna, antypiryna, fenacetyna, kokaina. Także przyczyną białkomoczu może być osobliwa tkliwość ustroju na rtęć, czyli idyosynkrazya.

Na te wszystkie okoliczności powinno się ciągle zwracać uwagę w zadawaniu podskórnem rtęci.

Heller oświadcza w końcu, iż najważniejszą okolicznością w powstawaniu białkomoczu rtęciowego jest ilość zadanej rtęci i w tej mierze wstrzykiwania podskórne sublimatu są najlepsze, ponieważ używa się przy nich bardzo mało rtęci i to jeszcze w formie ściśle dającej się oznaczyć. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 4. Listopada 1895).

IV.

Otwarcie kolegium lekarskiego (*Collegium medicum*) w Krakowie.

Przez długie lata zakłady lekarskie Uniwersytetu Jagiellońskiego mieściły się w lokalach szczupłych i nieodpowiednich celom naukowym, częściowo we własnych, częściowo w wynajętych budynkach prywatnych. Dzięki usilnym staraniom władz uniwersyteckich i ofiarności rządu i kraju stanął na gruncie szpitala św. Łazarza okazały gmach, nazwany *Collegium medicum*. Gmach ten służy na pomieszczenie pięciu zakładów lekarskich, jakoto: 1) anatomii patologicznej (prof. Dr. Browicz); 2) patologii ogólnej i doświadczalnej (prof. Dr. Gluziński); 3) fizyologii z histologią (prof. Dr. N. Cybulski); 4) farmakologii i farmakognozyi (prof. Dr. Łazarski) i 5) medycyny sądowej (prof. Dr. Halban, zastępca docent Dr. Wachholz).

Okazały nowy gmach, wyposażony hojnie we wszelkie naukowe środki, należący do największych budynków Krakowa, mierzy bowiem 90 metrów frontu, oddanym został 5. Listopada b. r. na cele naukowe. Po *Collegium novum*, po klinice chirurgicznej, jest to świeży, nadzwyczaj ważny nabytek dla naszego Uniwersytetu.

Uroczystość otwarcia *Collegii medici* miała cechę ściśle wewnętrznej uroczystości uniwersyteckiej i odbyła się w sposób następujący:

O godz. 10. zebrali się w przedsionku gmachu uczestnicy uroczystości, mianowicie p. Delegat Namiestnika Laskowski, Senat akademicki Uniwersytetu Jagiellońskiego z rektorem prof. Drem Smolką, liczne grono profesorów wszystkich wydziałów, prezes Tow. lekarskiego krakowskiego prof. Dr. Walentowicz, komitet budowy, twórca gmachu, radca budownictwa Sare, kierownik budowy Niewiadomski i liczny zastęp słuchaczy Wydziału lekarskiego.

Klucz gmachu wręczył p. delegat Laskowski p. rektorowi Smolce przy następującej przemowie: Z radością witam chwilę, w której ten gmach wspaniały oddać mogę do użytku i na pożytek Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ten gmach jest nowym dowodem, jak Rząd nie szczędzi starań, aby ułatwić ciężkie zadanie nauczania, z tą wiarą, że pp. profesorowie, korzystając z urządzeń, odpowiadających ostatnim wymaganiom nauki, roztoczą światło swej wiedzy przed młodzieżą, młodzież zaś z całym zapałem oddana swemu zawodowi, wytrwałą pracą dążyć będzie do tego, by zasiane ziarno wydało obfite owoce na chlubę szkoły, na pożytek państwa i kraju, z serdecznym zamiarem niesienia pomocy cierpiącej ludzkości.

Oddaję Waszej Magnificencyi klucz do tego nowego przybytku nauki z serdecznem życzeniem, by tu jaśniało niespożyte światło prawdziwej nauki, owianej miłością Boga i bliźniego. Szczęść Boże temu domowi!

Odebrawszy klucz. p. rektor Smolka zaprosił dziekana Wydziału teologicznego, prof. Dra Gromnickiego do poświęcenia gmachu, czego też ks. dziekan dopełnił w asystencyi ks. Rajskiego, administratora probostwa św. Mikołaja, chór akademicki zaś pod kierownictwem p. Barabasza odśpiewał stosowną pieśń Gorczyckiego.

Następnie udali się uczestnicy uroczystości na drugie piętro gmachu do sali wykładowej prof. Dra Cybulskiego. Tu przy głównej ścianie umieszczono popiersie Cesarza, otoczone wawrzynem, palmami i kwitnącymi chryzantemami. Za katedrą zasiadł p. delegat Laskowski, mając obok siebie p. rektora Smolkę, oraz pp. dziekanów, ks. Gromnickiego i prof. Dra Cybulskiego. Około katedry zasiedli Senat i profesorowie Uniwersytetu, ławki wypełniła młodzież uniwersytecka.

Tutaj przemówił pierwszy ks. dziekan G r o m n i c k i, podnosząc poświęcenie gmachu i zaznaczając, że praca w nim zaczyna się od Boga, życząc zarazem, aby kwitnęła tu zawsze rzetelna i gruntowna nauka, dążąca do zbliżenia się do ideału Prawdy Przedwiecznej, będącej celem życia i istnienia naszego.

P. rektor prof. Dr. S m o l k a podziękował przedewszystkiem p. delegatowi za słowa przed chwilą wypowiedziane; wolno nam widzieć w nich dowód życzliwości rządu dla naszego Uniwersytetu. Cenimy to, jako doniosły czynnik dla rozwoju szkoły a przytem jako objaw łaski Najj. Pana i Jego uczuć dla Uniwersytetu; w Nim szkoła Jagiellońska widzi i czci swego największego opiekuna po królewskich swych założycielach. Dalej podziękował pan rektor tym, co najwięcej przyczynili się do wzniesienia gmachu: JE. prezydentowi ministrów hrabiemu Badeniemu, oraz JE. ministrowi oświaty. Dalej dziękował p. rektor komitetowi wykonawczemu budowy, szczerą składając podziękę p. delegatowi Laskowskiemu, że w każdym szczególe swego urzędowania, jako przewodniczący komitetu budowy, tak energicznie, życzliwie i dzielnie spełniał swoje zadanie, wiedziony iście obywatelskim duchem i życzliwością dla naszej szkoły. Osobne wyrazy szczerej wdzięczności należą się twórcy gmachu, panu radcy Saremu; nie pierwsze to dzieło, które z rąk jego Uniwersytet odbiera. Tyle jego gorliwości, pracy, pomysłów, znajomości rzeczy, tyle zdrowia jego wsiąkło w te mury, że za tę miłość dla naszej szkoły, której tyle mamy dowodów, należy się najgorętsze, najserdeczniejsze podziękowanie (oklaski). Podziękował też p. rektor kierownikowi budowy, panu Niewiadomskiemu, oraz wyraził szczerą wdzięczność krajowi za ofiarowanie gruntu pod budowę.

Gmach ten wśród rozrostu Uniwersytetu zajmie wybitne miejsce, a pomieści 5 zakładów. Mimo trudnych warunków pomieszczenia poprzedniego rozwijały one chlubną działalność naukową, wobec młodzieży spełniały zaszczytnie zadanie swoje, wobec najwyższych celów nauki położyły silne podwaliny, z nich wyszły samodzielne badania i odkrycia naukowe, przynoszące rzetelny pożytek nauce, zaszczyt imieniu polskiemu. W imieniu Uniwersytetu mogę śmiało twierdzić, że te zakłady zapracowały sobie na ten nowy przybytek wiedzy, tak bogato wyposażony w najnowsze zdobycze. Z uczuciem radości wprowadzam je do tego nowego przybytku, życząc im, by tu rozkwitały dalej na pożytek młodzieży, kraju, na zaszczyt dla Uniwersytetu Jagiellońskiego i polskiej nauki. Kończąc, wyraził p. rektor nadzieję, że i dalsze rozliczne potrzeby naszego Uniwersytetu, dzięki opiece i życzliwości Rządu, doznają równie szybkiego i wydatnego uwzględnienia (oklaski).

P. rektor wręczył klucz gmachu dziekanowi wydziału lekarskiego, prof. Drowi C y b u l s k i e m u, który przemówił:

Panowie!

Dzień dzisiejszy jest dniem prawdziwie świątecznym dla naszego Wydziału i Uniwersytetu. Pięć zakładów naukowych znajdzie w tym gmachu przestronne, światłe i dogodne pomieszczenie. To też jako dziekan wydziału lekarskiego uważam za swój obowiązek złożyć na tem miejscu najszczersze podziękowanie Wysokiemu Rządowi i tym wszystkim, którzy się do urzeczywistnienia naszych pragnień w tym względzie przyczynili a w szczególności JW. Panu Delegatowi i WPanu radcy Saremu. Przez wzniesienie tego gmachu czyni się zadość przynajmniej w części potrzebom naszego wydziału. Od czasu swojego powstania zakłady, które zostały przeniesione do tego gmachu, przez wiele lat tułały się po najnieodpowiedniejszych lokalach prywatnych lub uniwersyteckich i pomimo największego wysiłku z naszej strony nigdy nie mogłyby stanąć na wysokości swojego zadania. Wobec lokalów pozbawionych najelementarniejszych warunków higienicznych, wobec sal szczupłych i pozbawionych światła, dalszy rozwój tych zakładów stawał się już zupełnie niemożliwym a praca w nich nad wszelki wyraz trudną. Z wielką więc wdzięcznością w sercu i nadzieją na lepszą przyszłość w duszy przyjmujemy z rąk pana Delegata klucze tego gmachu. Lecz zarazem zdajemy sobie najzupełniej sprawę, że ten nowy gmach, urządzony podług wszelkich wymagań współczesnych, sam przez się jeszcze nie usuwa wszystkich przeszkód, które rozwój nauki u nas krępują a nas nie uwalnia od obowiązków czuwania nad tym rozwojem.

Mamy gmach, lecz potrzeba tchnąć w niego życie, potrzeba ożywić każdy zakątek tego gmachu, stworzyć atmosferę zapału naukowego, ażeby przez prace, które w nim powstaną, ten nowy przybytek nauki stał się prawdziwą chlubą Uniwersytetu, kraju, narodu a nawet państwa, ażeby się stał punktem attrakcyjnym nietylko dla naszych uczniów, ale dla tych wszystkich lekarzy, szczególnie naszych rodaków, którzy pragną spróbować sił własnych na polu badań naukowych samodzielnych i poczuwają się do obowiązku przysporzenia naszemu narodowi sławy na polu naukowem.

Nietylko stworzyć szkołę dla poczynających studya lekarskie i dać im możność dokładnego oznajomienia się z tem, co wiadome, lecz zarazem skupić koło siebie tych, którzy mają zapał do szukania nowych dróg w nauce, do poznawania nowych faktów, słowem stworzyć możność dalszego rozwoju nauki, to było i jest naszym celem a do osiągnięcia tego celu nawet w tym gmachu pozostaje nam jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Jeżeli pod względem lokalów byliśmy zależni wyłącznie od stanu funduszów państwowych i względów W. Rządu, to obecnie pragnąc wzniecić życie naukowe w tym gmachu, stajemy się zależni od współdziałania aż kilku czynników.

Prawda, że ożywienie naszych instytutów zależy w pierwszym rzędzie od nas samych, lecz prawdziwy rozwój tego życia wymaga nasamprzód ciągłego dalszego poparcia materyalnego ze strony Wysokiego Rządu, na sporządzanie tego, co stanowi aparat naukowy każdego zakładu. Dzisiejsze

środki naszych zakładów stanowczo nie wystarczają na to, ażeby życie naukowe w nich mogło kwitnąć. Drugim czynnikiem, którego współudział jest niezbędny, jesteście Wy, Panowie, słuchacze medycyny i ukończeni lekarze. Rozwój życia naukowego w naszych zakładach jest niemożliwy bez zamiłowania do nauki, do szukania prawd naukowych, z Waszej strony. Przypuśćmy, że przeważna większość wśród Was ma jedynie na celu wykształcić się na dobrych praktycznych lekarzy. Lecz już teraz musicie sobie zdawać sprawę z tego, w jaki sposób do tego celu się dochodzi. Już z pierwszych kroków, które stawiacie podczas Waszych studyów na wydziale lekarskim, możecie widzieć, że nauka nasza nie jest nauką jednolitą, lecz przeciwnie składa się z wielu odrębnych nauk, które służą za podstawę dla tej nauki, która jedynie ma praktyczne zastosowanie w Waszym przyszłym zawodzie, dla terapii. Musicie zdawać sobie sprawę, że prawie wszystkie z tych podstawowych nauk są jeszcze *in statu nascenti*, że we wszystkich tych naukach jeszcze dziś wre i kipi życie i że one wciąż się kształtują i przekształcają. Czy rzucicie okiem na naukę o budowie ustroju: anatomią, histologią i embryologią, czy się zatrzymacie nad fizyologią, patologią, tą filozofią medycyny, higieną lub dyagnostyką, wszędzie stwierdzicie tylko ciągły rozwój tych nauk, świadczący o tem, że do zupełnego ich ukształtowania się potrzeba jeszcze dużo czasu i pracy umysłu ludzkiego.

Jeżeli o tych podstawowych naukach powiedziałem, że są *in statu nascenti*, to o samej terapii można chyba się wyrazić, że ona z małemi wyjątkami, n. p. w chirurgii, jest jeszcze w okresie embryonalnym, t. j. nie posiada w sobie cech nauki ścisłej.

Każdemu z Panów wiadomo, ile nowych środków przynosi prawie każdy dzień, ile powstaje nowych metod leczenia rozmaitych chorób, ilu współczesnych badaczy, błądząc prawie po omacku, pracuje w tej dziedzinie. Widzimy więc, że to najszczytniejsze zadanie nasze, nieść ulgę w cierpieniach ludzkości, wyrywać z objęcia śmierci dzieci dla rodziców, ojców dla rodzin i mężów stanu dla państwa do tej chwili jest zadaniem bardzo trudnem i że w spełnieniu tego zadania nie możemy się oprzeć o tak pewny grunt, jak to jest możliwe w innych zawodach. To, co dziś uważamy za pewnik, dzień jutrzejszy, wskutek nowych obserwacyj i stwierdzenia nowych stósunków, może obalić lub dać pochop, albo podstawę do nowych zapatrywań. Ta zmienność zapatrywań i brak stałych prawd jest cechą każdej kształcącej się nauki i inaczej być nie może. Ażeby więc mieć zawsze czyste sumienie, ażeby zawsze mieć tę pewność, że w danym przypadku zastósowano wszystko, na co obecny stan nauki pozwala, przynajmniej tam, gdzie można, obowiązkiem każdego lekarza jest ciągle i nieustannie pracować nad sobą i kroczyć z postępem swojej nauki. Lekarz nie może i nie powinien nigdy posługiwać się szablonem, który wynosi ze szkoły, lecz winien dążyć do tego, ażeby stać się prawdziwym badaczem danego szeregu zjawisk. Wszak każdy przypadek chorobowy jest osobnem zjawiskiem, które potrzeba zbadać i o którem potrzeba wyrobić sobie umiejętny sąd i wniosek. Ztąd to wynika, że w żadnym zawodzie nie ma takiego znaczenia, co w medycynie, kształcenie się w samodzielnych badaniach, nasamprzód prostszych, po tem coraz bardziej skomplikowanych, gdyż każde nasze spostrzeżenie musi być, ile można, dokładne, każdy wniosek, ile można, prawdziwy, albowiem w nasze ręce oddają ludzie to, co mają najdroższego, bo własne życie.

Ten nowy gmach ze wszystkiemi urządzeniami stoi dla Was otworem, tylko chciejcie z tych dogodności i urządzeń korzystać. Z tą nadzieją, z tem postanowieniem, że wszyscy spełnimy nasz obowiązek, wstępujemy w progi tego gmachu.

Na zakończenie chór odśpiewał pieśń: *Uroczystość założenia* Mendelsohna a uczestnikom rozdano *Pamiętnik zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim 1885—1895.*

Po dokonanu aktu otwarcia, zebrani uczestnicy obejrzeli nowy gmach uniwersytecki. Okazały budynek rysuje się wspaniale; imponują jego rozmiary a jest tak szczęśliwie ugrupowany, że odrazu jednym rzutem oka daje się objąć całość gmachu, składającego się z głównej części środkowej i 2 skrzydeł bocznych. Długość frontu wynosi 90 metrów. Budynek cofnięty jest od linii regulacyjnej ulicy Grzegorzeckiej i składa się z suteren, wzniesionych nad chodnik, parteru, oraz dwu piątr[1]).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 7. Listopada 1895 r.

— Dnia 6. Listopada b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem wybrano komitet przedwyborczy w celu przeprowadzenia wyborów urzędników Towarzystwa na rok przyszły, następnie kol. Jaworski przedstawił do aprobaty Towarzystwa przetwory aptekarza Otowskiego a w końcu miał kol. Zanietowski syn odczyt o zmianach elektrotonicznych nerwów w okolicy katody i anody oraz ich zastosowaniu do elektroterapii.

— Z powodu otwarcia *Collegii medici* otrzymał rektor Uniwersytetu Jagiell. profesor Dr. Smolka od JE Pana Ministra oświaty następującą depeszę: „Magnificencyo! Najserdeczniejsze życzenia rozkwitu i powodzenia Uniwersytetu a zwłaszcza rozwoju Wydziału lekarskiego z powodu dzisiejszej uroczystości. *Bar. Gautsch*“.

— W dniu 6. b. m. odbył się w *Collegium medicum* pierwszy wykład fizyologii prof. Cybulskiego. Prelegenta, powitanego hucznymi oklaskami, wprowadzili na salę, przepełnioną po brzegi, dawni jego uczniowie, którzy przed laty 10-ciu obecnymi byli na podobnym wykładzie inauguracyjnym w starym zakładzie fizyologicznym. Następnie zabrał głos pierwszy asystent Dr. Zanietowski, przepraszając z góry czcigodnego profesora za wyrządzoną mu niespodziankę, która z pewnością nie była po myśli tego, który bez czczej ambicyi i próżności kochał zawsze naukę dla nauki a tajniki prawdy badał z czystego zamiłowania tejże prawdy. Mimo to wdzięczni uczniowie, idąc za popędem serca, pragną uczcić kres dziesięcioletniej działalności na polu naukowem i proszą o pozwolenie umieszczenia wizerunku swego ukochanego profesora wśród tych murów, gdzie na każdym kroku stykać się będą przyszłe pokolenia z dowodami jego pomysłowej twórczości, niezmordowanej pracowitości i żywotności naukowej.

Łatwiej nam będzie, zakończył mówca, tchnąć życie w te mury, patrząc na rysy tego, który — oby jak najdłużej przewodniczył nam żywem słowem i przykładem!

Po wręczeniu portretu i ponownej burzy oklasków wysłuchało liczne audytoryum wykładu inauguracyjnego, w którym prelegent oświadczywszy, że nie był przygotowany na taką niespodziankę, w krótkich a ciepłych słowach podziękował za wzruszające objawy wdzięczności, poczem rozwinął program, który zamierza wprowadzić w nowym zakładzie i raz jeszcze zachęcał młodzież do gorliwego oddawania się nauce.

— Rozdawany podczas uroczystości otwarcia *Collegii medici* Pamiętnik zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie

[1]) Spodziewamy się, iż wkrótce będziemy mogli dać Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* dokładny opis *Collegii medici*, opracowany przez osobę kompetentną. (Przyp. Red.).

Jagiellońskim 1885—1895, wydany nakładem współpracowników zakładu fizyologicznego, zawiera: Historya zakładu i katedry fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim przez A. Schmidta. Rzut oka na prace wykonane od roku 1886—1895. przez J Zanietowskiego. Treść prac według autoreferatów i następujące prace, nigdzie przedtem nie drukowane. N. Cybulski: Czy państwo i społeczeństwo mają obowiązek popierać naukę? Beck: Badania szybkości ruchu krwi w żyle bramnej. Piątkowski: Przyczynek do badań nad wpływem rozpuszczalnych soli barowych na ustrój zwierzęcy. J. Zanietowski: O sumowaniu podniet w mózgu i rdzeniu. Szymonowicz: O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego.

— Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrała prof. Dra Stanisława Pareńskiego delegatem swym do komisyi redakcyjnej *Przeglądu lekarskiego* w miejsce ś. p. prof. Lucyana Rydla.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Autorów prac polskich oryginalnych, z zakresu medycyny wewnętrznej, pragnących, by prace ich były referowane w *Centralblatt für innere Medicin*, proszę o łaskawe nadsyłanie mi odbitek zaraz po ukazaniu się pracy.

Na prośbę redakcyi objąłem — jednak tylko na czas ograniczony — sprawozdania i z innych działów medycyny polskiej dla *Centralblatt für Chirurgie* i dla *Centralblatt für Gynäkologie*, dla których to działów przyjmuję również odbitki i w ogóle prace drukiem ogłaszane dla referowania ich w pomienionych pismach.

Dr. Wilhelm Pisek,
Lwów, ulica Jagiellońska Nr. 12.

— Wydział krajowy zamianował Drów Wład. Jarosza i Juliana Woszczyńskiego sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniu 22. z. m. posiedzenie, na którem 1) wydano orzeczenie w sprawie garbarni w Posadzie Olchowskiej w powiecie sanockim; 2) przedłożono terno kandydatów na opróżnioną posadę lekarza powiatowego II. klasy; 3) wydano opinią co do potrzeby utworzenia drugiej apteki w Bochni; 4) wydano opinią w sprawie potrzeby utworzenia aptek dla związku kas chorych w Krakowie i we Lwowie; 5) przedłożono opinią w przedmiocie założenia nowego cmentarza w Stopczatowie w powiecie kołomyjskim; 6) wydano opinie co do utworzenia okręgów sanitarnych w Alwerni w powiecie chrzanowskim w W Kstwie krakowskiem i w Grodzisku w powiecie łańcuckim w Galicyi.

— W dniu 23. z. m. otwarto w Warszawie przy ulicy Brackiej pod liczbą 19 nowy zakład leczniczy Dra Z. Dmochowskiego dla osób dotkniętych chorobami nosa, gardła i krtani. Prócz pokojów przeznaczonych do przyjmowania chorych przychodnich, znajduje się w nim aseptyczna sala operacyjna oraz pracownia bakteryologiczna i mikroskopowa do badań z zakresu laryngologii i rynologii. W nowym tym zakładzie chorzy mogą znaleść i stałe pomieszczenie, na co przeznaczonych jest 20 łóżek, objętych koncesyą rządową. Dla chorych na błonicę są osobne pokoje, od reszty zakładu ściśle oddzielone.

— Od roku 1861. wzmogła się w Anglii i to znacznie konsumcya kawy, herbaty, kakao i cykoryi. I tak gdy w roku 1861. wynosiła roczna konsumcya tych artykułów na głowę 4·38 funta, doszła ona w roku 1893. do 6·90 funta. W tymże samym czasie powiększyła się konsumcya tytoniu z 19¹/₄ na 26 uncyj na głowę, konsumcya zaś napojów wyskokowych powiększyła się wprawdzie, ale nieznacznie i wynosiła na głowę w roku 1861. wina gallonów 1·22 (gallon = 4·5 litra), w roku zaś 1893. gallonów 1·35. Daty dla piwa wynosiły w tych samych latach i w gallonach 24·3 i 29·6.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy sanocki rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w miasteczku Jasliskach z pensyą roczną 500 złr., dodatkiem 260 złr. na objazdy i obowiązkiem utrzymywania apteki domowej. Termin podania się do 10. Grudnia 1895.

— **Miejsce dla lekarza.** W Baranowie nad Wisłą jest posada lekarza miejskiego zaraz do objęcia. Stałe dochody 600 złr. Podania wnosić należy do urzędu gminnego.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 44. H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). L. E. Bregman: Dwa niezwykłe przypadki ostrego obrzęku skóry. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 44. W. Rodys: Przypadek ropnia płucnego po zapaleniu płuc włóknikowem. Otok ropnopowietrzny (*pyopneumothorax*). Torakotomia. Wyzdrowienie. W. Ołtuszewski: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.). — W *Przeglądzie chirurgicznym*, zeszycie 4-tym tomu II. W. Janowski: Badania nad morfologią ropy rozmaitego pochodzenia. L. Lubliner: O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od zboczeń w jamach nosowych. F. Neugebauer: Przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie czyli wrzekomej dwupłciowości (*pseudohermaphroditismus*) (ciąg dalszy). — W *Przewodniku higienicznym*, zeszycie październikowym. H. Kowalski: Leczenie gruźlicy w świetle bakteryologii. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 13. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie nadzwyczajne, na którem będzie mówił kol. prof. Bujwid: *O wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych w roku zeszłym przez podkomisyę wodociągową.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 16. Listopada 1895 r. Nr. 46.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 103.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 61. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 61, rue des Saints Pères, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Gralewicz 137. Wiluted and 188 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego
(ectopia vesicae).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
I-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895 roku).

W zakresie terapii wad rozwojowych leczenie wynicowania pęcherza moczowego w przeciwstawieniu do większości innych wad wrodzonych mało wdzięczne i trudne dotychczas stanowi zadanie. Ciężkie to kalectwo tem jest przykrzejsze dla dotkniętych niem osobników, iż przy prawidłowym poza tem rozwoju fizycznym i dobrym ogólnym stanie zdrowia czyni ich niemożliwymi do obcowania z ludźmi i po prostu usuwa poza sferę pożycia społecznego. Niezbyt częsta obecność przypadków takich w klinikach i oddziałach chirurgicznych nie świadczy bynajmniej o ich wielkiej rzadkości; stanowi ona tylko następstwo mniemania większości lekarzy, a co za tem idzie i ogółu, o nieuleczalności tego stanu chorobowego.

Stosunki anatomiczne, wynikające z istnienia wynicowania pęcherza moczowego i towarzyszących mu zawsze wad rozwojowych (rozszczepu) zewnętrznych narządów moczopłciowych, najprościej odtworzyć możemy sobie szematycznie w następujący sposób: jeżeli, poczynając od otworu zewnętrznego cewki moczowej, przeciąć wzdłuż linii środkowej jej ścianę górną, dalej, spojenie łonowe, wreszcie przeciąć powłoki brzuszne i przednią ścianę pęcherza moczowego aż do jego wierzchołka, to po rozszerzeniu i oddaleniu od siebie brzegów rany otrzymamy obraz *ectopiae vesicae*. Rzecz prosta, jest to obraz nader ogólny i szematyczny, do którego należałoby dodać szereg zmian w budowie, występujących albo odrazu, jako jeden z objawów niedorozwoju, lub też stanowiących następstwo nieczynności upośledzonych narządów. Te stosunki topograficzne trzeba mieć w pamięci dla należytego zrozumienia i ocenienia metod operacyjnych, które zostały podane do leczenia, a nad któremi zastanowimy się pokrótce.

Każdy ze sposobów leczniczych w przypadkach *ectopiae vesicae* musi dążyć do usunięcia wszystkich następstw, wywołanych przez ten stan chorobowy; te zaś są dwojakiej głównie natury. Po pierwsze, ciągły wypływ moczu, nie dający się ująć w żaden sztuczny zbiornik, wywołuje ciężkie i bolesne zapalenia skóry na brzuchu i udach; pomimo czystości chorzy tacy przesiąknięci są silnym zapachem amoniakalnym, uniemożliwiającym ich pobyt wśród ludzi. Powtóre, wywinięcie błony śluzowej pęcherza na zewnątrz wskutek ciągłego drażnienia o ubranie i bieliznę wytwarza stan zapalny tej błony, prowadzący częstokroć do krwotoków, obszernych owrzodzeń, co przechodząc na moczowody, grozić może zakażeniem nerkom.

Wszystkie metody operacyjne, które dość licznie znajdujemy opisane w literaturze chirurgicznej tego cierpienia, dadzą się sprowadzić do kilku typów głównych.

Pierwsze miejsce należy się tu m e t o d o m p l a s t y c z n y m, stanowiącym grupę najobszerniejszą i najbardziej urozmaiconą. Metody te dążą do utworzenia nowej ściany przedniej pęcherza za pomocą płatów skórnych na szypułach, z najbliższego sąsiedztwa, a więc z brzucha, pachwin, moszen. Różne co do sposobu wykrojenia płatów, ich liczby, zastósowania i sposobów gojenia, mają wszystkie podane metody operacyjne cel jeden, zamknięcie jamy pęcherza przez wytworzenie przedniej jego ściany. Tu należą metody o jednym płacie (Roux, Hirschberg), o dwóch (Pancoast, Thiersch), wreszcie o kilku płatach, składanych zwykle po-

dwójnie, aby otrzymać warstwę naskórkową zarówno od strony jamy pęcherza, jak i od zewnątrz. W ten sposób pomyślane są metody Richarda, d'Alquiégo, Ayresa, Holmesa, Michela i Wooda. Ta ostatnia z kilku zmianami i uzupełnianiami wprowadzonemi przez Richelota, Smitha i Ashhursta zyskała uznanie i dość częste zastosowanie.

Operacye plastyczne pęcherza łączono często z operacyą utworzenia cewki moczowej, dotkniętej w tych razach zawsze wadą rozszczepu *(epispadia)*, ku czemu zużytkowano skórę napletka lub warg sromnych (Le Fort, Thiersch, Richelot). Szczegółowy opis wszystkich tych operacyj plastycznych, które dla nas w tej chwili nie przedstawiają większego interesu, zawiera praca Poussona w *Annales des maladies des organes génito-urinaires* z roku 1888.

Jak wspomnieliśmy powyżej, zadaniem operacyj plastycznych jest zamknięcie jamy pęcherza przez utworzenie przedniej jego ściany i zadanie to większość z nich wypełnia w stopniu mniej lub więcej dokładnym. Dzięki zamknięciu jamy pęcherza jego błona śluzowa nie jest już wystawiona na ciągłe drażnienie z zewnątrz i co ważniejsze, stan ten pozwala na zastósowanie przyrządu sztucznego, służącego jako zbiornik moczu. Jednakże, jak widzimy, pozostaje nieuwzględnionem zupełnie drugie wskazanie lecznicze, które stanowi niemożność okresowego utrzymania moczu, *incontinentia urinae*. Nowo utworzona jama pęcherza daleką jest jednakże od stósunków prawidłowych; główną tego przyczyną jest brak na tej ścianie przedniej błony śluzowej, którą zastępuje powierzchnia skóry płata. To więc nie zawsze usuwa drażnienie błony śluzowej i otworów moczowodów; przeciwnie nawet, obecność torebek włosowych, złuszczającego się naskórka, wreszcie licznych zagięć i załamań, powstałych przez sztuczne utworzenie jamy pęcherza stanowi przyczynę tworzenia się złogów i kamieni moczowych, co w dalszym ciągu wywołuje stan zapalny błony śluzowej, prowadzący niekiedy do ropienia, przetok i t. d. Tak więc metody plastyczne przedstawiają niedokładny sposób leczniczy, umożliwiający choremu noszenie aparatu sztucznego, lecz nie zabezpieczający go bynajmniej od ciągłego drażnienia pęcherza i niebezpieczeństwa zakażenia nerkowego; nadto pozostawiają one zupełnie *in statu quo* niemożność zatrzymywania moczu.

Takie strony niekorzystne metod plastycznych zwróciły chirurgów w innym kierunku a mianowicie ku dążeniu do utworzenia jamy pęcherza przez proste zeszycie rozeszłych i oddalonych od siebie brzegów pęcherza i cewki moczowej. Ta metoda idealna, dążąca rzeczywiście do prawdziwego *restitutio ad integrum*, teoretycznie bardzo prosta, napotyka w praktyce znaczne trudności. Zależą one od zupełnie zmienionych stósunków anatomicznych, w następstwie rozszczepu spojenia kości łonowych, który stósownie do stopnia tej wady rozwojowej wynosi od jednego do ośmiu centymetrów. Zbliżenie i zeszycie brzegów pęcherza i powłok brzusznych jest niemożliwe bez poprzedniego zbliżenia ku sobie rozszczepionych końców kości łonowej; gdyby nawet za pomocą jakichś obszernych cięć zwalniających bocznych udało się doprowadzić do tego, to i tak operacya nie osiągnęłaby celu w zupełności, gdyż nie usunęłaby *incontinentiae*. Przyczyna tego tkwi w układzie włókien mięsnych, które wraz ze wzmacniającymi pęczkami włóknistymi *(ligg. pubo-prostatica* i *pubovesicalia)* przebiegają od tylnych powierzchni kości łonowych ku podstawie pęcherza w okolicy jego szyjki i przechodzą w dalszym ciągu w mięśnie podłużne jego ściany [1]). Zupełne zaś powodzenie operacyi zależeć tu musi od obecności i stopnia rozwoju całego aparatu mięśniowego ściany pęcherza, przedewszystkiem zaś od stanu mięśni zwierających *(m. sphincter vesicae)*; co do tego zaś zdania są podzielone. Passavant [2]) idąc za zdaniem J. Schneidra [3]) i na podstawie badań własnych dowodzi istnienia takich włókien okrężnych, choć często bardzo słabo rozwiniętych lub przemieszczonych, gdy inni chirurdzy (Duplay, Maydl) obecność zwieracza podają w wątpliwość. Trudno jest rzeczywiście, wobec braku dostatecznej liczby preparatów sekcyjnych, sprawę tę obecnie rozstrzygnąć, dotychczasowe zaś badania i wyniki operacyjne nie bardzo przemawiają twierdząco na jej korzyść.

Operacya leczenia wynicowania pęcherza za pomocą zeszycia brzegów, analogiczna do operacyj stósowanych w rozszczepach podniebienia, tu wymaga zbliżenia poprzedniego rozszczepionych brzegów spojenia łonowego. Jednym z pierwszych, którzy powzięli tę myśl, jak to podaje Morglin [3]), był Demme, który przekonał się, iż przy pomocy długotrwałego ucisku bocznego na kości miednicy można osiągnąć zupełne nawet zbliżenie się kości łonowych; jednakże operacyi *ectopiae* on nie wykonał nigdy. Dopiero w nowszych czasach myśl tę poruszyli na nowo dwaj współcześni chirurdzy niemieccy.

Passavant [4]) po licznych próbach przyszedł do przekonania, że najodpowiedniejszem tu jest stałe, nieustające działanie uciskowe na boczne powierzchnie kości miednicznych. Pierwotne uciskanie za pomocą odpowiednio urządzonego pasa gumowego zamienił on potem na ucisk tylko boczny, który wywierało ułożenie miednicy dziecka w klinowatem wycięciu drewnianego kloca. Ponieważ ciągłe leżenie w takim przyrządzie jest dla dziecka nie do zniesienia, wyjmowanie zaś co czas jakiś psułoby już osiągniętą poprawę, przeto radzi Passavant dla nieprzerywania ciągłości ucisku trzymać dziecko w przyrządzie przez pół dnia, poczem założyć pas elastyczny, pozostający przez resztę doby i niekrępujący tak ruchów.

Takie działanie przygotowawcze za pomocą ucisku ma trwać dopóty, dopóki nie nastąpi zupełne zetknięcie się brzegów kości łonowych, co zdaniem Passavanta jest koniecznym warunkiem do przystąpienia do operacyi zeszycia brzegów części miękkich. Rzecz prosta, takie zupełne zniesienie rozszczepu możliwe jest tylko w bardzo młodym wieku, w ciągu pierwszych lat życia, dopóki kości miednicy są podatne i połączenia pomiędzy niemi chrząstkowe. W późniejszym wieku, u osobników koło 10 lat i więcej, ucisk taki pozostaje bez wpływu lub też bardzo nieznaczne sprawia zbliżenie, zwiększenie zaś ucisku łatwo wywołuje złamanie kości; umyślne zaś łamanie lub rozerwanie *synchondrosis sacro-iliaca* w celu umożliwienia zbliżenia rozszczepu łonowego wywoływać mogą, zdaniem Passavanta, zbyt ciężkie następstwa, aby je należało stosować jako operacye przygotowawcze do następnego szycia. (Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Szczegółowy opis stósunków topograficznych przedstawia praca Passavanta: *Die Blasen-Harnröhrennaht mit Vereinigung der Schambeinspalte. Arch. fur klin. Chir.* T. XXXIV. str. 463.

[2]) ibid.

[3]) Ueber die angeborene Harnröhrenspalte. Bern 1855. (według Passavanta).

[4]) loc. cit.

II. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Przechodząc do uwag pod względem terapeutycznym, przypominam, że wykonane w pięciu przypadkach operacye polegały na wycięciu przez laparotomię guza, zawierającego jaje płodowe, lub jego resztki i że nie przedstawiały żadnych większych trudności, wyjąwszy przypadek III. Z tych pięciu operowanych pacyentek umarła po operacyi jedna (V.), szczęśliwie przebyły ją cztery (I., II., III. i IV.). Pacyentka VI. nieoperowana nie umarła, ale też nie opuściła szpitala po 4-ro miesięcznym pobycie zdrową, gdyż wyszła z wielką pozostałością krwisteku i z wypociną zapalną około niego. Nie bardzo to więc zachęcający przykład do postępowania konserwatywnego w ciąży zamacicznej. W tej sprawie jeszcze kilka słów.

Kobieta, u której płód się rozwija poza macicą, może niewątpliwie wyzdrowieć dobrowolnie bez żadnego leczenia; Winkel twierdzi nawet, że trąbka, w której się jaje płodowe rozwijało, może z czasem napowrót swą drożność odzyskać, choć, co prawda, łatwiej to przypuszczać, niż udowodnić. Takie zejście należeć jednak musi w każdym razie do wyjątków szczęśliwych. Przypatrzmy się bowiem, co mówi statystyka na podstawie 626 przypadków ciąży zamacicznej, (od roku 1876—1891), zestawionych przez Schautę[*]). Z tej liczby wyzdrowiało 369 kobiet (59%) a umarło 257 (41%). Z tych 626 kobiet pozostawało bez żadnego leczenia 241 a z nich zmarło 166, wyzdrowiało tylko 75, to znaczy, że przy biernem zachowaniu się lekarza i pacyentki śmiertelność wynosiła 68·8%, wyzdrowienie 31·2%. Jednak i to wyzdrowienie okupione bywa zwykle długą a niebezpieczną chorobą i rzadko kiedy bywa zupełne; najczęściej pozostaje dalsze zdrowie kobiety upośledzone, co zadziwiać nie może, skoro sobie uprzytomnimy zmiany, jakie sprowadzać może ciąża zamaciczna, swemu losowi pozostawiona.

Zupełnie inny stosunek zachodzi w przypadkach, w których wykonano pewny zabieg leczniczy. Takich przypadków zebrał Schauta 385 a z nich umarło tylko 91 kobiet, powróciło zaś do zdrowia 294, to znaczy, że wyzdrowiało 76% a umarło tylko 24%. Udzielenie zatem właściwej pomocy operacyjnej zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo ciąży zamacicznej. Słuszność zdania tego potwierdzają wszyscy ginekolodzy, którzy mieli sposobność obserwować i leczyć dużo przypadków; wszyscy podzielają obecnie zdanie Wertha, że twór, pochodzący z ciąży zamacicznej powinien być pod względem terapeutycznym za nowotwór uważany i z ustroju wyeliminowany. Na postępowanie konserwatywne, t. j. na wyczekiwanie zgodzić się można chyba wyjątkowo natenczas, skoro się uda stwierdzić, że płód już nie żyje; lecz i w takim razie tylko dopóty, dopóki się nie pojawią groźne jakieś objawy, energicznego działania wymagające. Niewiasta taka, choćby nie miała żadnych przykrych objawów podmiotowych, nie może być przez lekarza za zdrową uważana, dopóki twór, z ciąży pochodzący, bez śladu nie ulegnie wessaniu, gdyż aż do tego czasu grozi jej niebezpieczeństwo krwotoku wewnętrznego, albo ropienia i sposoczenia treści worka z wszelkiemi dalszemi takich spraw następstwami; zajść to zaś może nawet po wielu, ba nawet po kilkunastu latach.

Oto uwagi, które usprawiedliwiają moje postępowanie w pierwszych czterech przypadkach; wahać się mogłem tylko w dwóch ostatnich (V. i VI.), czy operować, czy czekać? Jest to istotnie nieraz trudne do rozwiązania *dilemma*, skoro się widzi anemią wysokiego stopnia i rozpoznaje świeży krwotok wewnętrzny z powodu ciąży zamacicznej a decyzya bywa dlatego tak trudną, bo wiadomo, że nie każda taka chora umiera przy postępowaniu wyczekującem, zabieranie się zaś do laparotomii na kobiecie ledwie żywej wcale nie jest zachęcającem. Na postępowanie moje w tych dwóch przypadkach wpłynęły następujące uwagi i dane, wynikające ze statystyki.

Z pomiędzy 626 przypadków ciąży zamacicznej, zebranych przez Schautę, u 365 kobiet nastąpił krwotok wewnętrzny z następową anemią w przebiegu tej ciąży; z tych 365 kobiet umarło 142, wyzdrowiało 123. U 121 chorych wykonano z powodu pęknięcia torby i krwotoku wolnego do jamy otrzewnowej laparotomię z wycięciem torby wraz z jajem a z tych 121 kobiet umarło tylko 19, wyzdrowiało 102, z pomiędzy 122 zaś, będących w takich samych okolicznościach a nieoperowanych umarło 115, wyzdrowiało tylko 7; z 22 kobiet nieoperowanych dlatego, bo wytworzył się po pęknięciu worka krwistek otorbiony, zmarło 8, wyzdrowiało 14. Cyfry to bardzo wymowne; wynika z nich, że w razie pęknięcia torby i krwotoku wewnętrznego można z jaką taką nadzieją powodzenia ograniczyć się do leczenia nieoperacyjnego chyba tylko w przypadkach, gdy krew nagromadza się w przestrzeni zamkniętej w postaci krwisteku i anemia nie zwiększa się, jeżeli zaś krew wylewa się w jamę brzuszną, leczenie nieoperacyjne wyjątkowo tylko kończy się pomyślnie. Dodać wreszcie wypada, że operując, postępuje się racyonalnie, bo się zdąża wprost do źródła krwotoku i zatyka je; nie operując, (przy wylewie krwi wolnym w jamę brzuszną), puszcza się pacyentkę, bądź co bądź, na los szczęścia. Oczywista, że na efekt operacyi wpływa bardzo stopień anemii pacyentki, kiedy się ją poddaje operacyi; zatem bardzo jest ważne, aby w takich razach operacyi długo nie zwlekać. Wprawdzie znajdujemy w literaturze opisy wielu przypadków, szczęśliwie operowanych, pomimo iż stan pacyentek wykazywał anemią stopnia najwyższego, ale z drugiej strony jako przyczyna niepowodzenia i śmierci pacyentek po laparotomiach, wykonanych w takich okolicznościach, najczęściej podawaną bywa zbyt wielka anemia chorych i zbyt późne wykonanie operacyi. I w naszym przypadku (V.), aczkolwiek chora nie umarła wprost z anemii, skłonny jestem szukać przyczyny jej śmierci głównie w złym jej stanie ogólnym, kiedy do operacyi przystępowałem, czyli w upośledzeniu odporności jej organizmu przez ogromną anemię; operacyę bowiem wykonywałem wśród tych samych ostrożności jak wiele innych laparotomij, które kończyły się szczęśliwie.

A teraz jeszcze jedna uwaga w sprawie metody operowania. W przypadku moim IV. i V. (zanim powstał krwotok wewnętrzny) nasuwać musiała mi się myśl, czy zamiast

[*]) Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Prag 1891.

laparotomii nie ograniczyć raczej działania swego do wstrzyknięcia w worek płodowy rozczynu morfiny, (jak to ciągle jeszcze Winckel zaleca), lub do zastosowania prądu elektrycznego, aby tym sposobem rozwój płodu powstrzymać a dalsze leczenie pozostawić naturze? Nie namyśliwałem się jednak długo, w ogóle postępowania połowiczego nie lubiąc. Wstrzyknięcie morfiny do worka płodowego nie jest zabiegiem zawsze obojętnym; narażać więc kobietę na jeden zabieg a równocześnie pozostawiać jej zarodek dalszej choroby, której przebiegu przewidzieć nie można, takie postępowanie, zdaniem mojem, podobać się może chyba tylko lękliwej pacyentce, lub lekarzowi, mało obytemu z leczeniem operacyjnem.

Najracyonalniejszą i najpewniejszą drogą leczenia tak dobrze wtedy, kiedy jeszcze płód żyje, jakoteż skoro przestał się rozwijać, będzie zawsze laparotomia, wykonana w celu usunięcia z ustroju całego jaja płodowego lub całej jego pozostałości, gdyż tylko przez tego rodzaju postępowanie usuwamy wszelkie niebezpieczeństwo, grożące pacyentce i leczymy ją szybko a radykalnie. Wykonana najpierw przez Kaltenbacha a zalecana przez Zweifla [7]) elitrotomia zastósować się daje tylko w wyjątkowych przypadkach i słusznie nie znajduje szerszego uznania, wszak Zweifel sam musiał trzykrotnie po rozpoczęciu operacyi od pochwy następnie wykonać laparotomię brzuszną.

Że w wielu przypadkach ciąży zamacicznej, zwłaszcza z drugiej połowy wyłuszczenie całego worka jest niemożliwe, bo z bardzo wielkiem dla chorej niebezpieczeństwem połączone, że przeto w takich razach operator na przecięciu torby i wszyciu jej w ranę zewnętrzną nieraz z pozostawieniem łożyska ograniczyć się musi, o tem wiadomo powszechnie. Obszerniej nad tem obecnie rozwodzić się nie będę, nie mając w wyżej wymienionych przypadkach moich podstawy ku temu.

[7]) Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1892. Berlin. XI. Vorlesung: Über Extrauteringravidität und retrouterine Haematome.

III. Z pracowni Zakładu higienicznego profesora Bujwida w Krakowie.

O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

Cuchnienie z nosa, jako główna cecha przewlekłego cierpienia jego, dało miano chorobie, którą nazwano *ozaena*. Z biegiem czasu jednak zaczęto się przekonywać, iż miano to nie wystarcza, gdyż cuchnienie z nosa różną może mieć przyczynę, jak towarzyszyć przewlekłemu nieżytowi zanikowemu błony śluzowej nosa, dalej łączyć się może z cierpieniem jamy nosowej, mającem swą przyczynę w zmianach trzeciorzędnej kiły lub w sprawach nekrotycznych z innej, jak kiła przyczyny powstałych, nadto w ogóle występywać tam, gdzie wydzielina się nagromadza, jak w obecności ciał obcych w jamie nosowej, w ropieniu z jam bocznych nosa lub zmianach twardzielowych w nosie, wreszcie chorób innych jamy nosowej, połączonych z owrzodzeniem, jak gruźlica i liszaj żrący. Jedną z najczęstszych chorób jamy nosowej, połączonych z cuchnieniem z nosa jest przewlekły nieżyt zanikowy, do którego dość często dołącza się cuchnienie, nie musi być jednak w każdym przypadku tak, iż dwie postacie przewlekłego nieżytu zanikowego rozróżniać musimy, mianowicie postać połączoną z cuchnieniem z nosa i bez niego. Choć więc cuchnienie z nosa w jego nieżycie zanikowym trafia się często, to przecież cuchnienie może się trafić także w przypadkach nieżytu połączonych z przerostem błony śluzowej, nawet bez nagromadzenia się większego wydzieliny, towarzyszącej z reguły nieżytowi zanikowemu. Cuchnienie tu jednak odmiennego jest charakteru, niż cuchnienie w zaniku a nadto w ogóle c u c h n i e n i e t o o s t a t n i e m a s w ó j o d r ę b n y c h a r a k t e r tak, iż nos z nieżytem zanikowym cuchnie inaczej, jak n. p. nos w razie zmian nekrotycznych w jamie nosowej, w razie ropienia z jam bocznych nosa, obecności ciał obcych, w wrzodzeniu w nosie natury gruźliczej a wreszcie i w cuchnieniu dość często trafiającem się w twardzieli nosa. Szukając przyczyny w ogóle zaniku, starano się też wytłómaczyć towarzyszące mu cechy, t. j. cuchnienie, które tłómaczono sobie już w najdawniejszych czasach rozkładaniem się zalegającej wydzieliny, mając najlepszy dowód w tem, iż przez usuwanie wydzieliny zmniejsza się cuchnienie, co jednak nie stanowi już wyleczenia choroby, gdyż z powrotem wydzieliny wraca i cuchnienie. Dlaczego wydzielina tu zwiększona zalega, zamiast być wydzieloną na zewnątrz, tłómaczono sobie zmianami anatomicznemi w jamie nosowej, jak ich rozszerzeniem się, przez co zwiększała się trudność mechaniczna w wydaleniu jej a nadto zmianami głębszemi, jak utratą przybłonka migawkowego, ułatwiającego wydalanie się wydzieliny.

Co było jednak, względnie jest przyczyną tych zmian ostatnich, znajduje różny sposób tłómaczenia tak, iż dzisiaj na żadną z nich wszyscy się nie godzą a tem samem etyologia ozeny a raczej zaniku, jeszcze i nadal pozostaje do rozwiązania.

Twierdzenie niektórych, iż nieżyt zanikowy nosa musi poprzedzać przerost błony śluzowej nosa, nie w każdym przypadku spostrzegać się daje, przemawiają jednak za tem spostrzeżenia takich autorów, jak Gottsteina i Schecha [1]), którzy nieraz widzieli równocześnie, obok części przerosłych, więcej ograniczonych części okazujące zanik, co i badanie anatomiczne niejednokrotnie stwierdziło. Słuszność pewną mają ci, którzy powstanie nieżytu zanikowego tłómaczą ogólną dyskrazyą ustroju, jak zołzami lub pochodzeniem z rodziców, względnie z rodziny dotkniętej kiłą.

Udoskonalenie rynoskopii z jednej strony a rozwój nauki o bakteryach z drugiej strony, wprowadziły etyologię ozeny na nowe tory, nie sprowadzając jednak żadnej jednolitości; gdy bowiem jedni upatrują przyczynę w bakteryach, inni zaprzeczają im zupełnie wpływu, szukając przyczyn innych. Grünwald [2]), Bresgen [3]), Tissier [4]) upatrują przyczynę w ro-

[1]) Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1892.

[2]) Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen etc. München 1892. (Ref. Centralblatt Semona. Rocznik IX. str. 411 i 412).
— Weitere Beiträge zur Ozaenafrage. Münchener med. Wochenschrift Nr. 43 i 44. 1893.

[3]) Bresgen: Beiträge zur Ozaenafrage. Münchener med. Wochenschrift Nr. 10 i 11. 1894.

[4]) Tissier: L'ozène, son unité, ses lésions génératrices, son traitement. Paris. Schiller 1894. (Ref. Centralblatt Semona. Rocznik XI. str. 806).

pieniu z jam bocznych nosa, głównie z komórek sitowych i zatoki klinowej a nadto pierwszy łączy w związek przyczynowy wyrośle adenoidalne. Niestety zapatrywania tych autorów nie wiele mają zwolenników, gdyż napotkanie ropienia z jam bocznych nosa obok równoczesnej ozeny należy do bardzo rzadkich przypadków, nie może więc stanowić jej przyczyny a zresztą nieżyt przewlekły nosa, występujący obok ropienia z jam bocznych, różni się od właściwej ozeny i nie ulega wątpliwości, iż takie formy z usunięciem ropienia wkrótce uleczyć się dają. Ropienie to z jam bocznych nosa, mając w jednych przypadkach sprowadzać ozenę, w innych staje się przyczyną polipów, co znowu nie jest bez ale, gdyż równie dobrze już istniejące polipy mogą się przyczyniać do ropienia z jam bocznych, co nie należy znów do rzadkości i większość nawet w ten sposób tłómaczy sobie powstanie ropienia towarzyszącego polipom.

Hopmann [5]), przyczynę ozeny upatruje w nierównym rozwoju pewnych części zrębu kostnego jamy nosowej, mianowicie w skróceniu przegrody nosowej w kierunku od końca nosa do tylnej krawędzi kości lemieszowej; skrócenie to znajdywał we wszystkich przypadkach ozeny, nie znajdując go u ludzi zdrowych.

Równocześnie zaczęły się pojawiać publikacye szukające przyczyny w bakteryach, nawet znaleziono prątek swoisty i tak pierwszy Loewenberg [6]) zauważył w wydzielinie nosa chorych na nieżyt zanikowy cuchnący prątek, następnie szczepiąc wydzielinę na pożywki, odosobnił go i w rok później opisał jego główną własność, to jest, że ma otoczkę. Podówczas też Klamann [7]) i Thost [8]) opisali prątek podobny do prątka Loewenberga a ostatnie prace Abela [9]), Paulsena [10]), i Loewenberga [11]) zdawaćby się mogło, etyologią powiedzmy nieżytu zanikowego, mniej zaś ozeny wyjaśniły zupełnie. Oprócz autorów ostatnich, którzy stale w nieżycie zanikowym bez względu na towarzyszące mu cuchnienie lub nie, znajdywali prątek, zdaje się jeden i ten sam, nie wiele zresztą w opisach różniący się od siebie, pojawił się cały szereg publikacyj w tym względzie z mniejszą lub większą zgodnością zapatrywań. Gdy jedni z autorów również w każdym przypadku zaniku znajdywali wspomniany prątek, inni znajdywali go niestale, nawet w innych cierpieniach nosa a wreszcie i w nosie prawidłowym, biorąc go zresztą za jedno z bakteryą zapalenia płuc Friedlandera.

Strazza [12]), Cozzolino [13]) uważają ozenę za sprawę przewlekłego zapalenia, którego końcowym stadyum jest zwyrodnienie zupełne błony śluzowej obok zmian przybłonka, przyczem bakterye nie odgrywają tu żadnej roli, gdyż nie tylko w wydzielinie, ale i w tkance znaleśćby się powinny, szczepienie jednak z kawałków błony śluzowej wypadało zawsze ujemnie. Cozzolino proponował też na XI. zjeździe międzynarodowym w Rzymie dla przewlekłego nieżytu zanikowego cuchnącego nazwę: *keratosis degenerativa foetida saprophytica*, jak z tego widzimy, przypisując cuchnieniu rzecz zupełnie uboczną, wywołaną przez obecność bakteryj gnilnych.

Rethi [14]) uważa ozenę za chorobę gruczołów, które wydzielają chemicznie zmienioną treść, przypisując to zwyrodnieniu tłuszczowemu komórek gruczołów; podobne zmiany tłuszczowe znajdował on też w komórkach nacieku drobnokomórkowego, jak Krause i Habermann. On widział to zwyrodnienie tłuszczowe tem większe, im silniejsze było cuchnienie a w przypadkach, gdzie przychodziło do wyleczenia lub poprawy, znikał też tłuszcz zupełnie; podobne zmiany znajdywał też w tych przypadkach, które zaczęły się przerostem małżowin. Innych podawanych przyczyn ozeny, jak zmiany w przybłonku, w naczyniach lub w samej błonie śluzowej nie znajdywał stale, nie przypisuje im też znaczenia, odnosząc swoiste cuchnienie w ozenie do zmiany wydzieliny gruczołów, która, zanim wydzieli się na powierzchnię, już przedtem przez rozkład tworzących się kwasów tłuszczowych nabiera swoistej woni, nie przypisując tu żadnego znaczenia działaniu bakteryj. Przeciw zarzutowi, iż woń w ozenie wcale nie ma cechy zjełczałego tłuszczu, podaje, iż nie wszystkie kwasy tłuszczowe jełczejąc przybierają woń charakterystyczną. Zmiany w jamach bocznych nosa uważa za sprawę więcej przypadkową; pracy zaś Hopmanna nie odmawia pewnych racyj, uwzględniając stałe spostrzeżenia jego. Praca Rethiego nie wchodząc w przyczynę przewlekłej sprawy chorobowej sprowadzającej zanik, miała za zadanie wyszukanie jedynie przyczyny istotnej własności ozeny, to jest cuchnienia.

Guilpin [15]) stawia wyraźną granicę anatomiczną między postacią nieżytu zanikowego zwykłego a połączonego z cuchnieniem, w pierwszym bowiem razie przychodzi z powodu zmian w naczyniach do zwyrodnienia błony śluzowej z następowym zanikiem, w drugim razie zaś zanik pochodzi ze zmiany w przybłonku. (Ciąg dalszy nastąpi).

[5]) Hopmann: Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bzw. des Nasenrachenraumes; ein Beitrag zur aetiologischen Beurtheilung der Ozaena. Frankel's Archiv. Tom I., 4. 1894.

[6]) Loewenberg: De la nature et du traitement de l' ozène (III. congres otologique international. Bale. 1884; reproduit dans l'Union medicale 1884).

[7]) Klamann: Allgem. medic. Centralzeitung, 20. Sierpnia 1885. (Ref. Centralblatt Semona 1887. str. 6).

[8]) Thost: Deutsche medic. Wochenschrift 1886. Nr. 10. (wedlug Loewenberga).

[9]) Abel: Bakteriologische Studien ueber Ozaena simplex. Centralblatt für Bakteriologie. Tom XIII. str. 161. 1893.

[10]) Paulsen: Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. (Ref. w Centralblatt für Bakteriologie. Tom XIV. str. 249. 1893.

[11]) Loewenberg: Le microbe de l' ozene. Annales de l'Institut Pasteur. Nr. 5., 25. Maja 1894.

[12]) Strazza: Sull' etiologia dell' ozaena. Arch. Ital. di Laring. I. 1894. (Ref. Centralblatt Semona. Rocznik XI. str. 396).

[13]) Cozzolino: Keratose dégénerative fetide saprophytique ou ozène. Annales des maladies des oreilles etc. Avril 1894. (Ref. Centralblatt Semona. Rocznik XI. str. 692).

[14]) Rethi: Zum Wesen und zur Heilbarkeit der Ozaena. Fränkel's Archiv. Tom II. 15. 1895.

[15]) Guilpin: Contribution à l'etude de l' ozene et de la rhinite atrophique simple. These de Paris 1895. (Ref Centralblatt Semona. Rocznik XI. str. 823. 1895).

IV. Oceny i sprawozdania.

Pedyatrya.

A. Schlossman (w Dreznie): **Leczenie zapalenia około kiszki ślepej** (*perityphlitis*) **u dzieci.**

Wprawdzie leczenie zapalenia kiszki ślepej u dzieci nie wiele różni się od leczenia tej choroby u dorosłych, to jednak zachodzą tu pewne właściwości w samym przebiegu choroby, jak też w sposobie zadawania środków najczęściej w tej chorobie stósowanych.

Najważniejsze wskazanie, które w tej chorobie na pierwszy plan się wysuwa, jest powstrzymanie ruchu robaczkowego jelit; najlepszym zaś do tego celu środkiem są przetwory makowca. Wiadomo jednak, jak ostrożnym trzeba być w stó-

sowaniu tego leku u dzieci. Z literatury znamy przypadki otrucia (Lewin) już po 0·006 makowca, gdy tymczasem znanym jest przypadek (Brothersa), gdzie dziecko 5-miesięczne zażyło przypadkowo 0·065 *pulv. Doveri*, bez najmniejszej szkody, nawet bez objawów śpiączki.

Z jednej strony mamy więc wskazanie do podawania makowca, z drugiej strony wiadome nam jest silne działanie tego leku na organizm dziecięcy. Na korzyść jednak stosowania makowca w tej chorobie przemawia ta okoliczność, że podawany w podrażnieniu otrzewny, działa daleko słabiej, daleko trudniej wywołuje objawy otrucia (Henoch, Soltmann).

Na podstawie tych danych radzi autor podawać makowiec ostrożnie i to najlepiej jako *tinctura laudani simplex* w odpowiedniej dawce w 100 gramach naparu rumiankowego dopóty co godzinę po łyżeczce, dopóki dziecko nie popadnie początkowo w pewien stopień apatyi, później w sen.

Kontrolując ustawicznie tętno i źrenicę, można po kilku godzinach, skoro dziecko wraca do przytomności, podać znowu kilka łyżeczek tej mięszaniny i utrzymywać je w tym stanie śpiączki dopóty, dopóki sprawa chorobowa nie ustąpi. Obawa przed zaparciem stolca z powodu podawania makowca jest płonna, gdyż mimo makowca chorzy stolec oddają a w danym razie zaparcie nawet kilkudniowe nie jest wcale szkodliwe.

Obok makowca radzi autor worek lodowy na brzuch, w razie większego osłabienia i upadku sił *tinct. moschi*, etc.

Wielki nacisk kładzie autor także na odpowiednią dyetę; powinna ona być płynną i chłodną, sprzeciwia się zaś stosowaniu lewatyw odżywczych u tego rodzaju chorych. Zabieg operacyjny uważa autor za leczenie najradykalniejsze, przemawia nawet za wczesnem operowaniem, o ile naturalnie otoczenie na to się zgodzi. (*Münchener Medicinische Wochenschrift* Nr. 41. 1895). *Dr. G.*

Choroby dzieci.

J. Philip: Inhalacye tlenu w zapaleniu płuc kataralnem u dzieci.

Autor opisuje przypadek zapalenia płuc kataralnego u dziecka 13 miesięcznego, którego przebieg był nader ciężki, leczenie prawie bezskuteczne; sinica, tętno nitkowate nie dające się zliczyć. Autor w tym stanie zastosował inhalacye tlenu, które kilkakrotnie powtarzane w okresach powstawania zapadu zdołały dziecko uratować. *(Brit. Medic. Journ.* 11. Maja 1895). *Dr. Komorowski.*

Choroby zakaźne.

Josias: Wstrzykiwanie surowicy w przebiegu płonicy.

Autor wychodząc ze stanowiska, że w przebiegu płonicy często ukazuje się następowe zakażenie paciorkowcem, stosował w tejże chorobie wstrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorka. Prócz pokrzywki nie obserwował żadnych innych ubocznych objawów, lecz nigdy też nie dostrzegł korzystnego wpływu na bieg choroby. Surowica ta pochodziła z owiec. Dalsze doświadczenie może wykazać, czy wstrzykiwanie większych ilości surowicy końskiej przeciwpaciorkowcowej nie da lepszych wyników. *(Tribune médicale). Dr. Komorowski.*

Choroby wewnętrzne.

Kolbe (w Lüdenscheid): Przypadek oddzielenia się kawałka jelita cienkiego w długości 20 cm.

Pacyent obecnie 40 lat liczący, przebył w młodości zimnicę i dur brzuszny. W ostatnich 15 latach doznawał różnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego w postaci upośledzenia trawienia, chronicznego zaparcia stolca, krwawnic obok obrzmienia nóg i ogólnego osłabienia. Stan ten utrzymywał się aż do Maja r. b., gdy wśród morzyska trwającego trzy dni odszedł kawałek jelita cienkiego, mający 20 cm. długości. Równocześnie wystąpiła rozpływna biegunka z wypróżnieniami zawierającemi skrzepy krwi, ropę i śluz; kilka razy były i wymioty. Od tego czasu stan chorego poprawił się znacznie.

Autor wyobraża sobie sprawę chorobową w niniejszym przypadku tak: zamknięcie jelit przez inwaginacyę, skutkiem tego ucisnienie naczyń krezkowych, ztąd zgorzel kawałka jelita a następnie oddanie go stolcem.

Pacyent przedstawił się autorowi z wydzieloną pętlą jelitową, przechowaną w wyskoku. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 7. Listopada 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

134. Hayem: Leczenie zapalenia płuc azotynem amylowym (*nitrite d'amyle*) (z posiedzenia szpitalnego Towarzystwa lekarskiego w Paryżu w dniu 12. Października 1895). Ze wszystkich substancyj, które hemoglobinę krwi przemieniają w methemoglobinę, najwięcej zasługuje na uwagę zdaniem autora azotyn amylowy i z powodu swej lotności tudzież względnej nieszkodliwości wydaje się bardzo odpowiednim do leczenia zmian natury zakaźnej w drogach oddechowych. Pary azotynu amylowego mogą dostawać się z powietrzem atmosferycznem aż do pęcherzyków płucnych a ztamtąd do krwi, w której krążkach czerwonych bez ich zniszczenia przemieniają hemoglobinę w methemoglobinę. Dalsze badania okazały, że azotyn amylowy nie jest bynajmniej tak szkodliwy, jak się dotąd mniema i że za jednem posiedzeniem można użyć do wdychiwania 60, 80 i nawet 100 kropel. Skutki otrzymane tym środkiem w zapaleniu płuc zasługują na uwagę; sposób zaś użycia był następujący: nalewano naprzód 15 kropel na kompres, który w odległości 2 do 3 cm. trzymano od nosa i ust chorego oddychającego regularnie i głęboko. Po wyparowaniu pierwszych kropel nalewano na kompres znów 15 a potem jeszcze 15 kropel tak, iż w ciągu 3 do 5 minut zużywano koło 50 kropel azotynu amylowego. Podczas tych wdychiwań zaczerwieniała się twarz, powiększała liczba tętna i oddechów, tętno malało, później niekiedy pojawiały się kaszel i duszność (*dyspnöe*). Twarz stawała się później jeszcze sinawą, równie jak kończyny a wreszcie przychodziło do lekkiego odurzenia.

Zazwyczaj wystarczała jedna inhalacya dziennie; w przypadkach ciężkich robiono ich dwie, rano i wieczór po jednej. O ile sądzić można z dotychczasowych doświadczeń, azotyn amylowy nie wpływa ani na trwanie choroby ani na gorączkę, nie zabija bakteryj ani ich nie osłabia, lecz tylko działa na krążenie krwi w płucach, które ułatwia i przyśpiesza; zarazem prowadzi do lepszego wykrztuszania. Jednem słowem działanie azotynu amylowego na płuca jest czysto miejscowe. Od Stycznia 1893. do Lipca 1895. leczył autor azotynem amylowym w opisany sposób 77 przypadków zapalenia płuc dławcowego i nieżytowego i miał śmiertelność 21%, co uważa za korzystne ze względu na znaczną liczbę ciężkich przypadków, ze względu, że między chorymi na zapalenie płuc było wielu nadużywających wyskoku i że w wielu przypadkach rozpoczynano leczenie bardzo późno. Zdaniem Hayema azotyn amylowy jest dotychczas względnie najlepszym środkiem w zapaleniu płuc.

W dyskusyi nad tym odczytem potwierdził Fernand zdanie prelegenta, iż azotyn amylowy nie jest bynajmniej tak szkodliwym, jak dotychczas mniemano, Rendu zaś zwrócił uwagę na indywidualne usposobienie niektórych chorych tak, iż już po małych dawkach występowały u nich skutki nakazujące wstrzymać dalsze używanie azotynu amylowego.

Hayem oświadczył na to, iż temu niepożądanemu działaniu azotynu amylowego zaradzić można przez wdychanie w pozycyi leżącej. *(La Semaine medicale.* 16. Października 1895).

135. A. Bruck (w Berlinie): Przypadek otrucia się bromkiem potasu. Autor opisuje przypadek, w którym pewna artystka dramatyczna w miejsce przepisanego roztworu 10 na 200 (trzy razy dziennie po łyżce stoło-

wej) zażyła w ciągu półtora dnia 20 gramów bromku potasu w dawkach 4-gramowych.

Podmiotowo podawała pacyentka, że już po 3-ciej dawce czuła wielkie osłabienie a po 5-tej znaczne zajęcie głowy, ogromną ciężkość powiek i nadzwyczajne przytępienie słuchu, w którem wszakże słyszała każde słowo, jednak jakby z bardzo wielkiej odległości. Czucie na całej powierzchni ciała było znacznie przytępione a ruchy wprawdzie możliwe, ale ociężałość była tak wielka, iż pacyentce nie chciało nawet trudzić się jedzeniem i piciem; tak była leniwą i apatyczna.

Gdy autor widział pacyentkę, były źrenice jej mocno zwężone, oddziaływały leniwo na światło. Tętno 62, oddechów 16 na minutę, ciepłota ciała 36·8° C. W gardle uczucie smaku mocno gorzkiego, drapiącego.

Dopiero po kilku dniach, gdy już przeszły objawy wymienione, ukazała się właściwa osutka bromowa w postaci trądzika (*acne*) i plam czerwonych, która ustąpiła sama przez się po kilku dniach.

Autor zwraca uwagę, iż ilość bromu, która w opisanym przypadku była przyczyną zatrucia, nie była wcale wielka i że znane są już z piśmiennictwa przypadki, w których zażyto bez porównania więcej bromku potasu a przecież nie wystąpiły przypadki otrucia. *(Deutsche medizinische Wochenschrift.* 7. Listopada 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

XII. Posiedzenie naukowe dnia 18. Października 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 41.

1) Kol. Uhma przedstawił chorą ze *scleroderma universale*. Choroba trwa $1^{1}/_{2}$ roku, bardzo szybko zajęła skórę całego prawie ciała, bo oprócz nielicznych miejsc, n. p. koło ust i na sutkach, cała zresztą skóra jest wygładzona, napięta; prawie że nigdzie w fałd ująć jej nie można, prawie że nieprzesuwalna. Odnogi górne przykurczone, dolne wyprostowane, chora ani usiąść ani chodzić nie może; na skórze stawów palców średnich u obu rąk ubytki, także pęknięcie skóry w górnym kącie fałdu międzypośladkowego. W dotknięciu ciało chorej sprawia wrażenie modelu woskowego.

Sprawa zaczęła się w czasie ciąży, przyczyn jakichś wybitniejszych, do którychby ją odnieść można, w wywiadach nie wykazano. Podmiotowo obok utrudnienia ruchów dokuczają chorej bóle reumatyczne w odnogach, zwłaszcza dolnych.

Celem leczenia podano kantarydynę w dawkach, które stopniowano od 2 do 6 miligramów *pro die*. Po większych dawkach podnosiła się ciepłota, raz doszła do 38°. Żadnej zresztą reakcyi nie spostrzegano, to też po miesiącu podano *natrum salicylicum*, które przynajmniej bóle reumatyczne łagodziło.

W dyskusyi zabierali głos koll. Mahl i Pisek.

2) Kol. Ziembicki przedstawił: *a)* chorego po wyłuszczeniu całej szczęki górnej, którego twarz mimo tak znacznego zabiegu dość dobrze wygląda; *b)* chorą z *chondrosarcoma*, które rozwinęło się wzdłuż prawego uda tak bardzo, że rozmiarami znacznie je przewyższa.

3) Kol. Festenburg okazał bardzo ciekawy preparat anatomiczny a mianowicie łożysko wydobyte po urodzeniu zdrowego dziecięcia, na którem stwierdził istnienie dwu obumarłych płodów. Obumarły one w piątym miesiącu ciąży a każdy miał odrębny pęcherz płodowy.

3) Kol. Legieżyński miał odczyt o stosunkach zdrowotnych Lwowa w III. kwartale 1895 r.

W dyskusyi zabierali głos koll. Stachiewicz, Stroynowski i Obtułowicz, który dotknął w sprawozdaniu Dra Legieżyńskiego jednego punktu a mianowicie epidemii ospy w Zamarstynowie. Jak wiadomo, w państwie austryackiem nie ma dotąd zaprowadzonego przymusu szczepienia, - skutkiem czego epidemie ospy rodzimej ciągle kraj nasz nawiedzają, zwłaszcza, że przyrzut ospowy znajduje zawsze sposobnego materyału podostatkiem, szczególniej w miastach, w których zazwyczaj znaczna część opieszałych rodziców uchyla swe dzieci od szczepienia. To też i do Zamarstynowa została ospa zawleczoną przez pewną rodzinę z Przemyśla, która z 4-giem dzieci nieszczepionych zamieszkała w domach robotniczych Lichtenheima, przepełnionych proletaryatem bardzo biednym i niechlujnym. Rewizya wykazała w 32 domkach pobudowanych na jednem wspólnem podwórzu koło 300 osób nieszczepionych, które też natychmiast poddano szczepieniu z konieczności. Tym sposobem też z dodatkiem ścisłej desinfekcyi przeprowadzonej w mieszkaniach zapowietrzonych stłumioną została szybko ospa rodzima w Zamarstynowie tak, że ogółem w 6 tygodni tylko 16 przypadków ospy rodzimej tamże się pojawiło.

Co się tyczy zamykania szkół podczas panowania epidemii, to się lekarze rządowi trzymają zasady ścisłego indywidualizowania i w miarę potrzeby zamykają tylko niektóre klasy lub całą szkołę, bacząc na to, aby stósunki zdrowotne, ile możności nie zostawały w sprzeczności z obowiązkami nauki szkolnej. W zakładach naukowych urządzonych na kształt internatów, można należycie izolować w szpitalikach przypadki chorób zakaźnych tak, że zazwyczaj nie zajdzie potrzeba zamykania całego zakładu. (Streszczenie własne).

4) Kol. Bylicki opowiedział przebieg powstawania i zejścia torbielo-mięśniaka tylnej ściany macicy, który naśladował ciążę.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll. Stroynowski, Ziembicki, Obtułowicz, Festenburg i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Uhma.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 24. Lipca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 40.

Przewodniczący zawiadamia, iż treścią i powodem obecnego posiedzenia nadzwyczajnego jest sprawa wydania słownika lekarskiego, która przewlekła się zbyt długo tak, że przybył z Warszawy kol. prof. Brodowski w celu rozpatrzenia się w tej sprawie i ewentualnie przyspieszenia prac komisyi słownikowej. Wobec tego, że z dawnej komisyi pozostał tylko jeden członek, t. j. kol. Domański, przeto przewodniczący proponuje wybrać nową komisyę, składającą się z następujących członków: z dziedziny chirurgii kol. Rydygier i Kryński; medycyny wewnętrznej koll. Edward Korczyński i Jaworski; patologii ogólnej kol. Gluziński; akuszeryi i ginekologii koll. Jordan i Mars; okulistyki kol. Sroczyński; pedyatryi kol. Jakubowski; farmakologii kol. Łazarski; anatomii opisowej kol Kostanecki; chorób skórnych i wenerycznych kol. Zarewicz.

W dyskusyi wyjaśnia kol. Domański cały przebieg prac nad ułożeniem słownika lekarskiego polskiego; z ostatniej komisyi słownikowej pozostał tylko jeden członek, mimo to dotychczas zebrano przeszło 2000 wyrazów nowych, których nie ma w słowniku z roku 1881. Komisya nowo proponowana będzie miała materyał do pracy na kilka miesięcy, podczas których zbierać się będą dalsze wyrazy. Na zakończenie poleca przyjąć wniosek przewodniczącego.

Kol. Rydygier proponuje dla komisyi ściślejszej, t. j. dla prezesa, sekretarza i wiceprezesa zawotować odrazu pewne wynagrodzenie, więc n. p. procent od dochodu, jak to było za poprzedniej komisyi.

Kol. Murdzieński zwraca uwagę, że ważny dział medycyny t. j. bakteryologia został opuszczony, proponuje więc kol. Bujwida jako specyalistę.

Kol. Jaworski radzi prosić do współudziału lingwistów i filologów, jak również uwzględnić weterynaryę, proponuje więc kol. Walentowicza.

Kol. Walentowicz zawiadamia, że już dawniej proszono prof. Malinowskiego i Baudouina de Courtenay.

Kol. Domański zgadza się z kol. Jaworskim; co do wniosku kol. Rydygiera, to sądzi, że o wynagrodzeniu powinna być mowa po wydaniu słownika.

Kol. Kryński sądzi, że daleko prędzej sprawaby postępowała, gdyby podzielić pracę zbierania słów pomiędzy członków komisyi.

Przewodniczący zwraca uwagę, że kwestya ta należy do komisyi i ta nad tym radzić będzie.

Wniosek przewodniczącego przez głosowanie przyjęto z dodatkiem, że Towarzystwo zaprasza do komisyi słownikowej prof. Malinowskiego i Baudouina de Courtenay.

Następnie kol. przewodniczący przedstawił okazy patologiczne i hodowle róży i zarazy świń — rzecz ta będzie ogłoszona drukiem w *Przeglądzie lekarskim.*

Kol. Cybulski zapytuje się, dlaczego ustawa zabrania użycia mięsa trzody padłej po przebyciu tej zarazy.

Kol. Walentowicz wyjaśnia, że najwyższa Rada zdrowia uchwaliła na tej podstawie, że sprawa ta łączy się ze zgorzelą i septycemią.

Kol. Jaworski nie czytał o tem, aby zarazek ten mógł się na człowieka przenosić, zapytuje się więc prelegenta, czy nie wie o jakim przypadku zakażenia człowieka?

Kol. Walentowicz nie zna również przypadku zakażenia się człowieka po spożyciu takiego mięsa, sądzi jednak, że Rada zdrowia musiała mieć pewne dane, jeżeli uchwaliła niszczenie trzody padłej z powodu zarazy.

Kol. Jaworski wnosi, aby umieścić w *Przeglądzie lekarskim* odezwę do lekarzy, czy nie obserwowali zachorzeń ludzi z powodu spożycia mięsa z chorej na zarazę trzody. Wniosek ten przyjęto.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 9. Października 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 42.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia o zmarłych członkach honorowych Towarzystwa, Ludwiku Pasteurze i prof. Oetingerze; obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłych. Następnie zawiadamia, że złożył kondolencyą wdowom po zmarłych oraz przemówił nad grobem bł. p. prof. Oetingera, zawiadamia dalej, że budowa tablicy pamiątkowej dla ś. p. prof. Rydla ma się ku końcowi, oraz że praca nad słownikiem postępuje tak, że, według słów przewodniczącego Komisyi słownikowej, kol. Domańskiego, po Nowym Roku będzie można przystąpić do druku.

Kol. Obaliński, opierając się na swoim licznym materyale z dziedziny zagłoby jelit, bo 14 przypadków z pośród 75-ciu umieszczonych w ostatniej statystyce zebranej przez Rydygiera, przedstawia przypadek, który jest najlepszym przykładem dla demonstracyi tej choroby i jej leczenia. Chory 23-letni, włościanin cierpi od $^1/_2$ roku na napadowe bóle w jamie brzusznej; zaparcie stolca często z krwią zmięszanego, stan ogólny bardzo zły, anemia i wycieńczenie znaczne. W jamie brzusznej guz kiełbasowaty. Przy operacyi okazało się *invaginatio ileo-coecalis* o 38 cm. długości. Wybierając z pośród różnych zabiegów, jak *desinvaginatio, anus praeternaturalis, entero-entero-anastomosis* i resekcya całkowita lub częściowa t. j. tylko *invaginati*, kierował się prelegent stanem ogólnym chorego i jego cierpienia; gdy desinwaginacya się nie udała, postanowił wykonać *entero-entero-anastomosis*, *anus praeternaturlis* nie usuwa bowiem samego cierpienia i na podstawie statystyki daje najgorsze wyniki. Z początku chory miał się rzeczywiście dobrze, po kilku jednak miesiącach zjawił się do nowej operacyi z nawrotem swoich przykrych cierpień; przy powtórnej laparotomii okazało się to, czego się prelegent obawiał, t. j. że kał dostawał się do *invaginatum* i że miejsce anatomozy było częściowo wsunięte do inwaginacyi i funkcyonować należycie nie mogło. W skutek napierania kału inwaginacya powiększała się stale, co mogłoby się jednak zdarzyć i po operacyi zalecanej przez Rydygiera, mimo nawet szwu zakładanego na szyi inwaginacyi. *Entero-entero-anastromosis* u przedstawionego chorego jako operacya przygotowawcza, tymczasowa przy bardzo złym stanie ogólnym chorego okazała się bardzo odpowiednią, umożliwiła bowiem za powtórzeniem operacyi wykonanie doszczętnego zabiegu wycięcia całkowitego wgłobienia.

Kol. Kryński zwraca uwagę, że Rydygier zakłada szew na szyję wgłobienia, zapobiegający możliwości wsuwania się dalszego pozostałego kikuta.

Kol. Obaliński dodaje, że nawet razem ze szwem może się wsuwać pozostały kikut, powstaje bowiem zawsze małe zwężenie tak, że napór kału może ponownie wywołać zagłobienie. Na pewne tego twierdzić nie może; trzeba naturalnie obszerniejszej statystyki z takich przypadków.

Kol. Bossowski wspomina o przypadku, który operował w oddziale kol. Obalińskiego: inwaginacya była połączona z gruźlicą kiszki ślepej, tymczasowo wykonał *entero-entero-anastomosis* z guzikiem Murphy'ego, aby później wykonać resekcyę, jednak po 9-ciu dniach mimo odejścia guzika wytworzyła się przetoka kałowa, z powodu której musiał wcześniej, niż zamierzał, wykonać następową resekcyę wgłobionych części, przy czem okazało się, że anastomoza byłaby zupełnie wystarczyła.

Kol. Obaliński zwraca uwagę, że w przypadku kol. Bossowskiego desinwaginacya się udała, a anastomozę wykonano w tym celu, aby usunąć drażnienie owrzodzeń gruźliczych kałem; dla tego też tutaj anastomoza byłaby wystarczyła.

Kol. Słapa mówił o zmianach w prątkach błoniczych po wstrzykiwaniach swoistej surowicy. (Rzecz będzie ogłoszona drukiem w *Przeglądzie lekarskim*).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 14. Listopada 1895 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

W numerze 45. *Przeglądu lekarskiego* ogłasza Dr. Pisek, że na prośbę redakcyi *Centralblatt für Chirurgie* objął sprawozdania z prac ogłoszonych w języku polskim dla tegoż czasopisma. Wobec faktu tego czuję się zniewolonym zwrócić uwagę kolegi Dra Piska na tę okoliczność, że od roku 1890. jestem stałym referentem literatury polskiej dla *Centralblatt für Chirurgie* i że naczelnemu redaktorowi tegoż pisma, profesorowi Drowi Richterowi nic nie wiadomo, ażeby pod tym względem jakakolwiek miała zajść zmiana.

Prof. Dr. Trzebicky.

— W dniu 8. b. m. odbył się w Krakowie w sali wykładowej zakładu fizyolog. w *Collegium medicum* wieczorek inauguracyjny Kółka medyków wobec nadzwyczaj licznie zebranych profesorów, asystentów i uczniów Wydziału lekarskiego. Po przemowie p. Wajgla, prezesa Kółka, przyjętej hucznymi oklaskami nastąpił odczyt p. Biera i szereg nader udatnych produkcyj muzycznych, świadczący, iż w gronie przyszłych adeptów zawodu lekarskiego znajdują się gorliwi zwolennicy sztuki uprzyjemniającej i uszlachetniającej życie. Na zakończenie przemówił w ciepłych słowach Jego Magnificencya Rektor Uniwersytetu, prof. Dr. Smolka, zwracając uwagę na potrzebę istnienia Kółka medyków i życząc mu jak najpomyślniejszego rozwoju. Komers zakończył uroczystość.

— Z ostatniego, listopadowego awansu w armii austro-węgierskiej wyjmujemy niektóre szczegóły tyczące się lekarzy; mianowani: starszym lekarzem sztabowym drugiej klasy lekarz sztabowy Dr. Karol Smutny (we Lwowie), lekarzami pułkowymi pierwszej klasy lekarze pułkowi drugiej klasy Drowie Jakób Baschkopf, Jozafat Janowski, Ludwik Dąbrowski, Bazyli Kurykowicz; lekarzami pułkowymi drugiej klasy lekarze starsi Drowie Jan Nawrocki, Kazimierz Iwanicki, Antoni Kryplewski, Teodor Jaciow, Alfred Pawicki; w austryackiej obronie krajowej mianowani lekarzami pułkowymi pierwszej klasy lekarze pułkowi drugiej klasy Drowie Ludwik Ziembicki, Wojciech Gramatyka.

W marynarce austro-węgierskiej mianowany rzeczywistym lekarzem korwety tymczasowy lekarz korwety Dr. Stanisław Burzyński (z Krakowa).

— Prof. M. Nencki w Petersburgu wybrany w dniu 5. b. m. ogromną większością głosów (53 na 57 głosujących) członkiem zagranicznym Akademii lekarskiej w Paryżu.

— Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyą *Gazety lekarskiej* w Warszawie wyszedł zeszyt 80. i 81. (razem) i zawiera rzecz o karmieniu niemowląt, napisaną przez Dra Władysława Papiewskiego, lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.

— Rada administracyjna instytutu Pasteurowskiego w Paryżu wyznaczyła komitet mający zająć się postanowieniem pomnika Pasteurowi z międzynarodowych składek publicznych.

— Od 4. do 7. Sierpnia roku przyszłego odbywać się będzie w Monachium trzeci międzynarodowy kongres psychologiczny, na po-

rządku dziennym którego znajdują się przeważnie przedmioty obchodzące żywo lekarza, jak anatomia i fizyologia mózgu i narzędzi zmysłowych, psychiczne działanie niektórych leków, psychologia wrażeń zmysłowych, hipnotyzm, psychopatologia i wiele innych. Blankietów w celu zgłaszania się z chęcią należenia do kongresu lub mienia na nim odczytów dostanie u prof. Obersteinera w Wiedniu (okrąg XIX).

— Jak w ostatnim, tak i obecnym gabinecie francuskim jest dwóch lekarzy, Dr. Viger, piastujący już po raz trzeci czy czwarty tekę rolnictwa i Dr. Combes, minister oświaty. Dwa przeto państwa europejskie, Włochy i Francya mają teraz lekarzy ministrami oświaty.

— Cholera. Od pojawienia się w dniu 23. Sierpnia zapadło na nią w Galicyi do 4. Listopada b r. osób 303, zmarło 192, zostało się w leczeniu 32. W ostatnich dniach zmniejszyła się znacznie liczba przypadków cholery tak, iż urzędowy wykaz podaje 10 jako liczbę wszystkich chorych razem wziętych we wszystkich powiatach rzeczoną chorobą zakaźną nawiedzonych.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 45. W. Wróblewski: Wrzód syfilityczny pierwotny na migdałku podniebiennym. H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gartnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 45. H. Dobrzycki: Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*). Z. Srebrny: Spostrzeżenia rynolaryngologiczne.

Do L. 96. VII.

Do Szanownych członków
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Na Walnem zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 6. Lipca 1895. został przedstawiony przez sekcyę lwowską wniosek kol. Dra Rożańskiego następującej treści: Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. poleca Radzie zawiadowczej, aby wzięła pod rozwagę, czy wobec stałego mnożenia się ciężarów lekarskich w ostatnim czasie przez wejście w życie Izb lekarskich, nie dałoby się obniżyć wkładki do Towarzystwa lek. galic. a jeśli tak, to w jaki sposób. Wniosek ten Walne zgromadzenie przyjęło z poleceniem, by Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. zasięgnęła opinii poszczególnych sekcyj.

Wywiązując się z tego polecenia Walnego zgromadzenia, mamy zaszczyt przedstawić Szanownym Kolegom sprawę jak następuje:

Wedle naszego statutu każdy członek wstępujący do Tow. lek. gal. opłaca wpisowego 10 złr., która to kwota w całości wchodzi do funduszu pensyjnego jako kapitału żelaznego a z jego odsetków bywają opłacane pensye stałe dla ubogich wdów i sierot po członkach Towarzystwa. Dalej opłacają członkowie czynni po 10 złr. rocznie i to albo ryczałtem albo w ratach półrocznych lub kwartalnych, nadto członkowie sekcyi lwowskiej po 2 złr. rocznie na pokrycie kosztów własnego lokalu.

W zamian otrzymują wszyscy członkowie czynni Tow. lek. galic. bezpłatnie organ Towarzystwa, tygodnik *Przegląd lekarski*, który w drodze prenumeraty kosztuje 8 złr. 80 ct. a jedynie w skutek umowy zawartej z Tow. lek. krak. jako właścicielem *Przeglądu lek.* opłaca nasze Towarzystwo administracyi za każdy rocznik dostarczonego *Przeglądu lek.* dla naszych członków po 6 złr. 50 ct. Z rocznej wkładki 10 złr. pozostaje więc do dyspozycyi, po zapłaceniu za *Przegląd lek.* 6 złr. 50 ct. tylko 3 złr. 50 ct., z której to kwoty mają być opłacane jednorazowe wsparcia dla podupadłych członków czynnych Tow. lek. galic., tudzież wsparcia dla pozostałych po nich wdów i sierot, dalej koszta administracyi Towarzystwa a więc płaca buchhaltera, podatki, druki, portorya i t. d. wreszcie w myśl §. 50. statutu mają jeszcze prawo sekcye Tow. lek. galic. na pokrycie swych potrzeb administracyjnych żądać z funduszu administracyjnego Towarzystwa po 1 złr. od członka sekcyi.

Z powyższego przedstawienia wynika, jak szczupłe są fundusze, któremi Towarzystwo nasze rozporządza a mimo to zachodziła konieczna potrzeba wydania n. p. w roku 1894. na jednorazowe wsparcia kwoty 2140 złr. a na stałe pensye dla wdów i sierot kwoty 2775 złr., razem przeto w jednym roku blisko 5000 złr.

Mimo na pozór wysokiej kwoty, bez przesady możemy powiedzieć, że gdybyśmy kilkakrotnie wyższą sumą mogli rozporządzać, jeszcze nie usunęlibyśmy niedostatku, jaki u naszych wdów i sierot a często u naszych Kolegów napotykamy. Z powodu coraz to trudniejszych warunków życiowych, liczba ubiegających się o wsparcie od Tow. lek. galic. jest coraz większą a zatrważająca śmiertelność między lekarzami w naszym kraju pomnaża coraz bardziej ilość wdów i sierot.

W obecnych przeto warunkach o zmniejszeniu wkładki w myśl wniosku sekcyi lwowskiej, aby w ten sposób ulżyć ciężarów lekarzom, nawet mowy być nie może.

Możebnem stało by się to jedynie wtedy, gdyby zerwano umowę z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem co do dostarczania organu Towarzystwa tak, iżby tylko ci członkowie naszego Towarzystwa *Przegląd lekarski* otrzymywali, którzy za to w Administracyi osobno zapłacą.

Rada zawiadowcza zupełnie nie tai, że postanowienie takie mogłoby, jeżeli nie zachwiać byt wydawnictwa *Przeglądu lek.*, to przynajmniej zadać dotkliwy cios jedynemu czasopismu lekarskiemu w tej dzielnicy kraju naszego. W poczuciu obowiązku utrzymywania i popierania przynajmniej jednego czasopisma lekarskiego w Galicyi, Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. stanowczo oświadczyła wobec Walnego Zgromadzenia z 6. Lipca 1895 r., że obecnie nie można bez szkody dla naszego społeczeństwa lekarskiego w znaczniejszy sposób obniżać wkładki rocznej do Tow. lek. galic.

Walne zgromadzenie tegoroczne nie chcąc zbyt porywczo decydować w kwestyi tak żywotnej, poleciło nam odnieść się do ogółu naszych członków i dlatego przedstawiwszy powyżej stan sprawy, upraszamy Szan. Kolegę, byś zechciał wziąść udział w posiedzeniu członków swej sekcyi, które przez przewodniczącego ku temu celowi zostanie zwołanem!

Z koleżeńskiem pozdrowieniem

Dr. Michał Świątkiewicz, *sekretarz generalny* — *Dr. Józef Merunowicz*, *prezes Tow. lek. gal.*

Lwów 7. Listopada 1895.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Raczyński przedstawi chorego z kliniki pedyatrycznej, poczem nastąpi demonstracya okazów przez kol. doc. Wachholza, mianowicie z przypadków: *a*) śmierci przez przebicie się kordelasem, *b*) śmierci przez uraz w głowę i *c*) śmierci przez utopienie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 12014.
pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w XI. klasie rangi z systemizowanymi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady pogranicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszym konkurs z terminem do **22. Listopada** b. r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi, wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Nr. 37. Dz. u. p. metrykę urodzenia, tudzież dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowej w przepisanej drodze służbowej, inni przez dotyczące Starostwa a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 1. Listopada 1895. 159—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 23. Listopada 1895 r. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 198.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 5.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 189 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Uwagi o udziale chirurgii w *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa.*

Podał

Dr. Józef Ziemacki,

docent chirurgii w Uniwersytecie charkowskim.

W dniu 26. Lipca roku zeszłego przy zamknięciu posiedzeń sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie podał prof. Rydygier za temat do obrad na siódmym zjeździe chirurgów polskich kwestyę chirurgicznego leczenia *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa.* Sprawa ta bardzo na dobie.

Paratyphlitis wynika niemal wyłącznie z zapalenia wyrostka robaczkowatego, tak nazwanego barbarzyńską łaciną: *appendicitis vermicularis.* Jestto choroba częsta i bywa rozmaitego stopnia. *Causa morbi* po większej części tkwi w jakiejś mechanicznej przyczynie. Będzie to albo owrzodzenie, albo zranienie, albo draśnięcie, albo zdrapanie błony śluzowej, wyściełającej wewnętrzną powierzchnię wyrostka robaczkowatego, wywołane nieraz przez jakieś *corpus alienum*: pestkę, ość, kość, kamyk żółciowy lub kałowy i t. d. Stopnie tego zapalenia bywają bardzo rozmaite: począwszy od małego nacieku ścianki wyrostka (*infiltratio*), aż do mniej lub więcej rozległego ropienia w tkance śluzowej i podśluzowej. W stopniach silniejszych i sama otrzewna w okolicy kiszki ślepej może brać udział w zapaleniu (*perityphlitis*) a w niektórych przypadkach ropne zapalenie w ściance wyrostka może sprowadzić obumarcie częściowe ścianki i w ten sposób wywołać *peritonitis perforativa*, w skutek przedziurawienia kiszki od wnętrza *(perforatio intestini).* Słowem, żadnego klinicznego szablonu dla naszego cierpienia nie ma. Nie możemy też szablonowo z góry określać, że w takichto a takich przypadkach operowanie jest niezbędne, względnie jest niepotrzebne. Kwestya taka zależeć może tylko od właściwości każdego przypadku z osobna. Dzisiaj niech mi wolno będzie wypowiedzieć parę uwag w tej kwestyi: w jakim momencie choroby nóż chirurga powinien być powołany *ad agendum?*

Nikt nie zaprzeczy, że chirurg nie powinien być zbyt pochopny do operacyi, jednak gdyby przepuścił odpowiedni moment dla operacyi, to tenże sam chirurg zasłużyłby na naganę.

Nasamprzód, bardzo ważna jest rzecza, czy chory zapada na zapalenie wyrostka robaczkowatego po raz pierwszy, czy wielokrotny?

Cechą tej choroby jest szczególniejsza skłonność do nawrotów. Zależy to od tego, że mechaniczna przyczyna, wywołująca zranienie błony śluzowej, może nadal pozostawać; mogą być anatomiczne stosunki w budowie tych części, które usposabiają do tworzenia się zawałów i t. d. Jak subtelne mogą być przyczyny nawet na familijnej osnowie, dowiedzie następująca obserwacya dwóch przypadków u dwóch rodzonych braci, którą miałem sposobność zrobić przed laty:

Obserwacya I. i II. Bracia K. (w P-u) przebyli w swojem życiu po kilka zupełnie analogicznych zapaleń ślepej kiszki. Młodszy w wieku lat 35 zapadł pierwszy w 1882. roku na *paratyphlitis.* W 1883. r. zapalenie to powtórzyło się dwa razy. A w 1884. r. po raz czwarty, choroba przybrała nagle groźne objawy w skutek rozszerzenia się zapalenia na całą otrzewnę. O operacyi w owym czasie nie było mowy. Chory był leczony przez internistów. Wcierano szarą maść. Choroba trwała $1^1/_2$ roku.

Drugi brat, w wieku lat 60, zapadł w 1886 roku na zapalenie ślepej kiszki. Po dwóch prawie tygodniach choroby krytyczne obniżenie gorączki. Prędka poprawa. Zapewne musiało nastąpić przerwanie ropnia podśluzowego do wnętrza kiszki. Dwukrotne powtórzenie się zapalenia w 1887. roku. Sformowanie się ropnia w okolicy ślepej kiszki w r. 1888. w czasie pobytu w stepach zakaspijskich. Po przerwaniu ropnia utworzyła się nader uparta przetoka, z której nieustannie sączyła się ropa w małej ilości.

Obaj bracia na dobitek paralelizmu zmarli nagle z porażenia serca. Młodszy w 1889. a starszy w 1892. r. Gdyby

nie przedwczesny zgon, to w obu przypadkach istniało bezwarunkowe wskazanie do operowania, w razie nowego zapadnięcia.

Ztąd wynika, że w przypadkach ponownego zapalenia wyrostka robaczkowatego, ślepej kiszki i sąsiednich okolic (*appendicitis, paratyphlitis recurrens*) mamy obowiązek głosować za operacyą. Dalszego umotywowania tego wniosku nie potrzebuję. Każdy sobie w myśli potrafi dosnuć te motywa.

Drugą ważną rzeczą *pro* i *contra* operacyi jest wiek chorego. U dzieci a nawet u młodych ludzi do 18 lat tkanki są jędrniejsze i odporniejsze i dlatego, o ile sądzić mogę z własnego doświadczenia, rzadsze są komplikacye niepomyślne. Mógłbym z własnej praktyki przytoczyć wielką liczbę obserwacyj *paratyphlitis* u dzieci, pomyślnie zakończonych przy wyczekującej metodzie leczenia. Może i wśród Kolegów praktyków znajdę stronników, gdy odważę się wystąpić z twierdzeniem, że u chorych w wieku dziecinnym i młodocianym nie należy śpieszyć się z operacyą.

Niezależnie od tych dwóch względów dopiero co przytoczonych, najważniejszą rzeczą przy roztrząsaniu *pro* i *contra* operacyi w każdym przypadku pozostanie za zawsze przebieg choroby. Przebieg zawsze jest atypiczny (nieprawidłowy) i może być bardzo rozmaity. Ze względów praktycznych można byłoby rozróżnić trzy stopnie choroby. Pierwszy, najłagodniejszy: gorączka niżej 38·5, bolesność nieznaczna, niewielkie też obrzmienie w okolicy ślepej kiszki; nieraz możemy nawet wyczuć wyrostek robaczkowaty zgrubiały, twardy i bolesny. Otrzewna mało zapalona. Drugi stopień, gorączka około 39·0, bolesność znaczna, bóle ustępują za podawaniem narkotyków, otrzewna nieco podrażniona, czkawka i jak w stopniu pierwszym, objawy gastryczne. Trzeci stopień, gwałtowny i ostry przebieg, silny ból, gorączka powyżej 39·0; od początku choroby wielki udział otrzewny *(perityphlitis)*, lub nadzwyczaj gwałtowne przejście zapalenia w ropienie *(paratyphlitis)*. Zastrzegam się wyraźnie, że podział taki, jako zupełnie dowolny, nie może rościć sobie pretensyi do naukowego znaczenia. Ze względów praktycznych zasługuje jednak na uwagę. W przypadkach pierwszej kategoryi przechylam się stanowczo ku metodzie wyczekującej. Należy zalecić: łoże, spokój, całkiem ścisłą dyetę, lód wewnętrznie i jeśli kto sobie życzy, przetwory makowca (opium, morfina, kodeina). Mojem zdaniem, należałoby doradzać wyczekiwanie nawet w przypadkach drugiej kategoryi, szczególniej u osób młodszych, zapadających po raz pierwszy. Jedynie wobec częstych nawrotów cierpienia i wobec zbyt długiego trwania okresu zapalnego (n. p. dni 12—15) należy imać się noża. Bezwarunkowo należy operować tych chorych, u których przebieg jest od początku ostry i groźny, lub gdy w czasie umiarkowanego przebiegu występuje nagle silne i groźne pogorszenie. W danym razie wskazaniem dla wykonania operacyi będzie pragnienie dotrzeć *ad causam morbi*.

Tym rękoczynem dla większej części przypadków będzie *laparotomia lateralis;* w małej liczbie przypadków będzie to *laparotomia extraperitonealis*, w większej zaś ich części laparotomia z otwarciem jamy brzusznej. Cięcie dla laparotomii powinno się prowadzić przez najwypuklejszą część obrzęku w okolicy ślepej kiszki, o dwa lub trzy palce ponad *spina ossis ilei superior anterior dextra*, ukośnie, prawie równolegle do *ligamentum Pouparti dextrum*. Po otwarciu otrzewny zwykle wyrostek (*appendix vermicularis*) bardzo łatwo można znaleść, gdyż jest zgrubiały, zapalony i bardzo często bywa w stanie kurczowego wyprężenia, w skutek skurczu podłużnych mięśni. Dalsze postępowanie zależeć będzie od stanu choroby; jeżeli są ropnie pod otrzewną lub owrzodzenia w błonie śluzowej przez otrzewnę przeświecające, to należy wykonać resekcyą wyrostka u jego nasady. Jestto rzecz nietrudna. Często zdarzają się zrosty, ale i te łatwo usunąć. Po resekcyi lub po opatrzeniu całej jamy w okolicy ślepej kiszki, albo zeszywamy ranę zupełnie, albo wypełniamy tamponami jodoformowemi głębsze kąty i wypuszczamy je w dolnym kącie rany. Jeżeli otrzewna jest zapalona, to wypełnienie wszystkich kątów pomiędzy trzewami watą jodoformową lub drenami (co kto woli) jest rzeczą niezbędną.

Dotychczas była mowa o laparotomii w przypadkach nader ostrego zapalenia. Przez taką laparotomię mamy głównie na celu zapobiedz niepomyślnemu powikłaniu, n. p. przedziurawieniu jelita, lub przejściu zapalenia na całą otrzewnę, lub powstaniu ropienia w tkance zaotrzewnowej. Dlatego laparotomią taką należy nazwać laparotomią zapobiegawczą *(laparotomia praeventiva)* i wyróżnić ją od laparotomii przyczynowej *(laparotomia causalis)*. Nie powiem, żeby już to tak bardzo wyróżniało te dwa rękoczyny. Laparotomia zapobiegawcza ma także po części na celu usunięcie przyczyny choroby, jednak na pierwszym planie występuje jej zapobiegawcze znaczenie a dopiero na dalszym planie i usunięcie samej przyczyny choroby. Możemy wahać się długo, czy przystępować do laparotomii zapobiegawczej *(laparotomia praeventiva)* i zawsze znajdziemy na swoje usprawiedliwienie bardzo wiele rzeczy, dopóki nie istnieje *complexus necessitatis*. Możemy bowiem wahać się wtedy, gdy otrzewna nie jest cała zajęta, gdy przedziurawienia jeszcze nie ma, gdy chełbotania nie ma. Nie mamy zaś prawa wahać się od chwili, gdy te objawy są już wyraźne. Chirurg zwłóczący wtedy zasługuje na naganę. Jedyne *contra* operacyi może tkwić tylko w bardzo złym stanie sił chorego lub wystąpieniu już agonii. Z żalem trzeba wyznać, że dotychczas operuje się zbyt mało przypadków! Zbyt długo lekarze wyczekują! Wyczekują nawet wtedy, gdy wystąpią objawy przedziurawienia.

Każdy z lekarzy ma w swej pamięci z pewnością niejeden taki przypadek, kiedy chory zginął w skutek nieinterwencyi chirurga. Ja sobie tutaj pozwolę przytoczyć 3 przykłady tego rodzaju:

Obserwacya III. Urzędnik, lat 50, otyły, po raz trzeci w życiu zapadł na *appendicitis vermicularis* w Czerwcu 1891. Gorączka silna. Bóle bardzo mocne. Wyraźna infiltracya całej okolicy kiszki ślepej. Przez 4 dni pobytu w oddziale wewnętrznym, stosunkowa *euphoria* pod wpływem znacznych dawek makowca. Na 5 dzień pobytu w szpitalu nagle pod wpływem ruchu (chory siadłszy na łóżku zrana, umywał się), pęknięcie jelita w miejscu zapalenia. Silny ból, omdlenie, objawy ostrego zapalenia otrzewny. Nawet wobec tak szybkiego pogorszenia chory na operacyę się nie zgadza. Pod wieczór tegoż samego dnia śmierć w skutek porażenia serca. Na sekcyi: silne zgrubienie wyrostka robaczkowatego, niewielkie i powierzchowne blizny na błonie śluzowej wyrostka. U samego dołu wyrostka, w miejscu przejścia w ślepą kiszkę, maluczkie przedziurawienie. Dziura nie większa od główki

od szpilki. W jamie brzusznej płynny wysięk a w niedalekiej odległości od przedziurawienia pestka od wiśni, winowajczyni całej choroby.

Widzimy jak łatwo było w tym przypadku usunąć przyczynę choroby, dotrzeć do niej i zapobiedz przedziurawieniu wyrostka za pomocą resekcyi. Należało tylko w pierwszej połowie choroby chwycić się noża.

Obserwacya IV. Izraelita, lat 48, zapadł na *paratyphlitis* w Lipcu 1891. roku; leczony przez lekarza wewnętrznie lekami dwa tygodnie. Na 6. dzień choroby nagłe objawy rozlanego zapalenia otrzewny *(peritonitis acutissima)*. W dobę później śmierć. Sekcya: olbrzymi ropień w *regio coecalis*, skóra mocno czerwona. Ropień ma się do przerwania na zewnątrz. Skóra jest już zupełnie ścieńczała. Ropień zalega całą przestrzeń poza jelitem ślepem. Zapalenie otrzewny nastąpiło w skutek dostania się ropy do jamy brzusznej. Otrzewna przeżarta poniżej jelita ślepego. Znaczna ilość cuchnącej ropy wylała się z ropnia do jamy brzusznej i wywołała szybkie rozszerzenie się zapalenia po całej otrzewnej.

Gdyby w tym przypadku lekarz praktyczny był się zwrócił do chirurga wcześniej o jeden tydzień, to można byłoby zapobiedz zapewne przerwaniu się ropnia przez rozcięcie ropnia poza otrzewną, to jest przez *laparotomiam extraperitonealem.*

Tyle słów i tyle przykładów w kwestyi udziału chirurga w zapaleniu wyrostka robaczkowatego i wobec komplikacyj tej choroby takich, jak *paratyphlitis* i *peritonitis!* A co się tyczy kwestyi chirurgicznego udziału wobec przekonania się o przedziurawieniu jelita, to w obecnej epoce, laparotomia jest aksyomatem i postulatem i na zawsze niemi zostanie. Innej drogi dla operowania przedziurawionej kiszki nie posiadamy!

Obserwacya V. Młody i silny żołnierz w dymisyi, wieku lat 28, zapadł w skutek obfitego obiadu na silny ból w okolicy kiszki w Lutym 1894. r. Po 6 dniach przeniesiony do szpitala z objawami ostrego, septycznego zapalenia otrzewny. Nadzwyczaj silne bóle. Narkotyki nie działają. Chory żąda operacyi w skutek nieznośnych bólów. Dnia 20. Lutego 1894. roku laparotomia. Ogólne septyczne zapalenie otrzewny. Wiele wysięku płynnego, *omentum majus* zgrubiałe i zwinięte w kłąb. Wyrostek robaczkowaty zgrubiały, powiększony, sztywny, wyprostowany, w stanie spazmatycznej erekcyi (*sit venia verbo*). U jego nasady niewielkie przedziurawienie rybią ością, która sterczy w dziurze. Wykonałem resekcyę wyrostka, szwy Lamberta. Operacya okazała się jednak spóźnioną. Septyczne zapalenie otrzewny trwało dalej. *Exitus letalis* w 3 dni potem.

Czegóż naprzykład dowodzi taka obserwacya, jak ta piąta? Czyż nie tego tylko, że operacyą przedsięwzięto zbyt późno. Wobec przedziurawienia cienkiego jelita, gdzie szanse wyzdrowienia, w razie wyczekiwania, równają się zeru, powinniśmy występować czynnie i bez wahania się przystępować do laparotomii, nawet w przypadkach rozpaczliwych.

Możnaby długą litanię ułożyć z przypadków temu podobnych. Wolę jednak streścić swoje zapatrywanie w tych słowach:

1. Należałoby wśród lekarzy zaszczepić przekonanie o pożyteczności wczesnych rękoczynów w chorobach ślepej kiszki dlatego, że dotychczas za mały udział w nich bierze chirurgia.

2. W *paratyphlitis*, w pewnej części przypadków wystarczy cięcie bez otwarcia otrzewny, t. j. *laparotomia extraperitonealis.*

3. W *appendicitis vermicularis*, *perityphlitis*, *peritonitis circumscripta* (*recurrentes* zwłaszcza) trzeba mieć na widoku *laparotomiam lateralem intraperitonealem.*

4. Rozróżniać należy: laparotomię zapobiegawczą (*laparotomia praeventiva*) od laparotomii w celu usunięcia przyczyny choroby (*laparotomia ad causam morbi extinguendam*, *laparotomia causalis*).

5. Nieraz można zwlekać z laparotomią zapobiegawczą, to jest tą, która ma na celu uprzedzenie wystąpienia powikłań niepożądanych, jako to ropnia, przedziurawienia jelita, zapalenia otrzewny i t. d.

6. Rzeczą karygodną jest niewykonanie laparotomii przyczynowej, wobec pojawienia się już groźnych komplikacyj.

7. Dlatego to niezbędne jest wykonanie laparotomii od chwili, gdy

a) choroba zbyt często powraca,

b) występują objawy przedziurawienia jelita,

c) zjawia się, jako komplikacya, ogólna *peritonitis*,

d) lub bardzo ostra i silna *peritonitis circumscripta.*

8. Wiek dziecinny przemawia przeciwko, wiek dojrzały i późny przemawia za operacyą.

6. Września 1894 roku.

II. Z pracowni Zakładu higienicznego profesora Bujwida w Krakowie.

O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Myśl szukania etyologii cuchnienia w ozenie w działaniu bakteryj nie doprowadziła do zgodnego rezultatu. Abel, którego pracę ze względu na wcześniejsze ukazanie się, aniżeli obszerna praca jako wynik dalszych badań Loewenberga, wpierw wymienić wypada, upatruje przyczynę zaniku w prątku otoczkowym, który zawsze znajdywał w nieżycie zanikowym, twierdzi, iż cecha ozeny, to jest cuchnienie polega na wydzieleniu się wydzieliny zdolnej do rozkładu, na której najrozmaitsze bakterye gnilne żyć mogą doskonale. Z wydzieliny w ozenie prątek swoisty, hodowany na sztucznych pożywkach a nawet na pożywkach bliskich ustrojowi ludzkiemu (Loewenberg), jak surowicy ludzkiej, surowem mięsie, białku kurzem a nawet na sterylizowanym śluzie z nosa rozwija pewną woń charakterystyczną, jednak nie cuchnącą a nawet nieco aromatyczną, którą Loewenberg nazywa wcale przyjemną. Abel porównywa ją do woni wywięzującej się przy kiśnieniu słodu; Paulsen wreszcie wspomina też o pewnej woni, wywięzującej się z kultur prątka otoczkowego, zostawia jednak kwestyę właściwego cuchnienia w ozenie do rozwiązania: czy odgrywają tu rolę pewne bakterye, twierdzić nie może. Abel obok prątka otoczkowego w ozenie, znalazł w kilku przypadkach bakterye cuchnące jużto jako prątki, jużto jako ziarniki, rozpuszczające żelatynę lub nie, nie znajdywał ich jednak stale i nie każda z tych bakteryj wonią swoją przypominała woń w ozenie, choć sześć razy na przy-

padków 16, znalazł prątek krótki, ukazujący ruchomość, rozpuszczający żelatynę, bardzo chorobotwórczy dla myszy białej, który wywiązywał woń podobną do woni z nosa ozenowego. Loewenberg, który pracę Abela znalazł ogłoszoną przed swoją, podaje wyniki Abela, dziwiąc się temu, iż Abel w ogóle znajdywał tak często bakterye rozpuszczające żelatynę a nawet z własnościami cuchnącemi, których on nigdy w swych licznych przypadkach nie spotkał. Mówiąc już o bakteryach jako rzekomej przyczynie cuchnienia, wspomnieć muszę pracę Hajeka [16]), jeszcze z roku 1888, który na 10 przypadków aż 7 razy znalazł prątek, okazujący nadzwyczajną ruchliwość, również rozpuszczający żelatynę i tak na niej, jak i na wszystkich pożywkach wywiązujący woń nadzwyczajnie podobną do woni w ozenie. Prątek ten zabijający mysz białą na posocznicę, wstrzyknięty pod skórę królikowi, sprowadza zgorzel. Hajek sądzi, iż prątek jego, któremu dał nazwę *bacillus foetidus ozaenae*, jest najprawdopodobniej przyczyną woni *sui generis;* prątek ten cuchnący różni się jednak od prątka cuchnącego Abela, o którym wyżej wspomniałem. Ciekawymi są przytem ogólne wyniki pracy Hajeka, który w swoich 10 przypadkach 8 razy znalazł bakterye otoczkowe, które 7 razy identyfikuje z Friedländerem, a raz znalazł bakteryę odmienną od Friedländera, jednak i niechorobotwórczą dla myszy białej, nie taką więc, jaką opisuje Loewenberg. Loewenberg, który w swym prątku otoczkowym widzi przyczynę, wywołującą zmiany przewlekłe, zapalne w błonie śluzowej z następowym zanikiem, cuchnienie charakterystyczne dla ozeny odnosi do spraw czysto chemicznych. Widzimy z tego, iż nie ma zgodności zdań a z badań moich własnych zobaczymy, iż jak do pierwszej części badań bakteryologicznych, to jest do stałego znajdywania się prątka otoczkowego w zaniku przechylić się muszę, nie znajdując jednak rozwiązania kwestyi cuchnienia stanowiącego istotę ozeny.

Zabierając się do badania swoich przypadków, miałem na myśli głównie poznanie tej bakteryi, która z opisu swego tak bardzo przypominała bakteryę twardzieli (*scleroma*) a tem samem poznania różnic ich obojga z zamiarem dążenia do rezultatu ostatniego, mianowicie czy ze znalezienia prątka otoczkowego w wydzielinie nosa, względnie górnych dróg oddechowych można rozpoznać twardziel, względnie ją wykluczyć. Szukanie przyczyny cuchnienia zostawiłem sobie jako rzecz więcej uboczną, nie znajdując zgodności w przytoczonych powyżej autorach. Zanim przejdę do spostrzeżeń własnych, opiszę prątek Loewenberga, o którym już tyle razy wspominałem a który tak Paulsen, Abel, jak i ja znaleźliśmy we wszystkich badanych przypadkach. Podam opis według Loewenberga, któremu w znalezieniu prątka przyczynowego dla zaniku należy się pierwszeństwo, podam jego różnice w porównaniu z bakteryą Friedländera, jak i innemi bakteryami z otoczkami a następnie wspomnę pokrótce o wynikach innych, zanim przejdę do własnych.

Prątek Loewenberga przedstawia się jako *diplobacillus* z otoczką, tworzący w hodowlach już za 48 godzin krótsze lub dłuższe łańcuszki, nie okazujący ruchów; na płytkach żelatynowych tworzy kolonie na pozór dwojakie, z których jedne są małe, żółte, okrągłe, inne duże białe nieco przeświecające, co zależy od tego, iż pierwsze z nich znajdują się jeszcze w żelatynie, inne zaś wydobyły się już na powierzchnię. Na żelatynie kłótej rozwija się nierównie szybciej na powierzchni, niż wzdłuż wkłucia i jakkolwiek początkowo wejrzenie hodowli podobne jest do tak zwanej hodowli gwoździowej, charakterystycznej dla bakteryi Friedländera, to przecież już wnet rozrasta się, choć grubo, na powierzchni, tracąc cechy hodowli gwoździowej a przytem brak tu tej porcelanowej białości właściwej kulturze Friedländera. Na bulionie rośnie szybko, mącąc go i opadając na dno, z którego za wstrząsaniem próbówką wznosi się do góry w postaci kłaczków. Na agarze skośnym rośnie szybko, tworząc gruby pokład szarawo-biały, wilgotny, ciągnący się, przyczem opuszcza się na dno probówki tak, że im starsza hodowla, tem mniej znajdziemy na samem agarze a w końcu cała hodowla zgromadzi się na dnie probówki. Na ziemniaku rośnie również szybko, jako nalot gruby, wilgotny, szarawobiały, ciągnący się, tworzący gazy w miernej ilości. Do wzrostu swego nie wymaga koniecznie ciepłoty termostatu, rosnąc już w ciepłocie pokojowej; na wszystkich pożywkach wywiązuje mniej więcej tę samą woń aromatyczną, wcale przyjemną. Dla myszy białej jest bardzo chorobotwórczy tak, iż mysz może paść już i po 20 godzinach; w miejscu injekcyi podskórnej, gdy mysz padnie 3. lub 4. dnia, znajduje się naciek włóknikowy, zawierający obok włóknika i ciałek białych, niezliczoną ilość bakteryj otoczkowych, dalej w każdym przypadku znajduje się powiększenie śledziony a w krwi niezliczone bakterye. Tak świnki morskie jak i króliki okazały się odpornymi na szczepienie podskórne, wstrzyknięcie zaś bakteryi śwince morskiej do jamy brzusznej bez wyjątku sprowadza śmierć zwierzęcia z powodu ostrego zapalenia otrzewny, gdy królik nie oddziaływał w podobnym razie.

Tak Klamann, jak Thost, jak i Hajek, którzy nieco później niż Loewenberg opisali prątek otoczkowy w ozenie, identyfikowali go z bakteryą Friedländera, choć Friedländer [17]) sam oświadczył, iż prątek jego nie jest chorobotwórczy dla myszy w razie szczepienia podskórnego. Jeszcze bliżej pod wielu względami stoi prątek ozeny do prątka otoczkowego Pfeifera [18]), jednak brak tu na doświadczanych myszach opisanego przez Pfeifera, ciągnącego się w nitki pokładu na pętlach jelit i na płucach, ciągnienia się krwi i soków tkanki. Loewenberg i Abel wykazali wybitne różnice między bakteryą ozeny a Friedländerem, Paulsen zaś opisując bakteryę ozeny, oświadcza wyraźnie, iż nie udało mu się znaleść wyraźnych różnic, choć twierdzi, iż jego prątek jest bardzo podobny do prątka Abela. Podobnym bardzo do prątka ozeny i zdaje się, z nim identycznym jest prątek znaleziony przez Faschinga [19]) w dwóch przypadkach w jamie nosogardłowej, tylko, iż brak mu nacieku w miejscu injekcyi u myszy. Od prątka twardzieli różni się głównie tem, iż odbarwia się metodą Grama a wreszcie podobnym jest do *bacillus crassus sputigenus*, który zresztą barwi się Gramem, obok innych różnic czyniącym go raczej podobniejszym do bakteryi Friedländera.

Różnice wybitne między prątkiem ozeny a bakteryą Friedländera zestawił dokładnie Loewenberg w obronie zarzutów tych, którzy prątek jego identyfikowali z prątkiem

[16]) Hajek: Die Bakterien bei der acuten u. chron. Coryza sowie bei Ozaena und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 33. 1888.

[17]) Grundriss der Bakterienkunde Frankla. 1891.

[18]) Według Abela l. c.

[19]) Abel l. c.

Friedländera a zdaje się, najwyraźniejszą różnicą jest okoliczność, iż prątek Friedländera na sztucznych pożywkach, z wyjątkiem mleka (Paulsen), nie daje otoczki a nadto hodowany na mleku sprowadza kiśnienie kwaśne mleka (Paltauf, Loewenberg), które nieraz się opóźnia, zawsze jednak następuje, o których to dwóch ostatnich własnościach sam przekonać się mogłem. Zresztą i pod wieloma innymi względami różni się prątek Loewenberga od prątka Friedländera a nadto od prątka twardzieli, do którego jest jeszcze bardziej zbliżony, choć równie przedstawia pewne różnice. Jak prątek Loewenberga i prątek Frischa z łatwością dadzą się odróżnić od prątka Friedländera, to już większe są trudności w odróżnieniu Loewenberga od Frischa, a czy są i jakie są tu różnice, wspomnę poniżej.

Zanim zabrałem się do badania wydzieliny z jam nosowych, przedstawiających zmiany chorobowe, zbadałem naprzód 10 przypadków wydzieliny zupełnie prawidłowej, kierując się tą myślą, czy przypadkiem nie znajdę tu prątka otoczkowego, któremu przypisują chorobotwórczość w sprawach zanikowych na błonie śluzowej nosa. W żadnym z tych przypadków nie znalazłem prątka Loewenberga, choć nie brak było w ogóle różnych bakteryj, jak prątków i ziarniaków; starałem się je oznaczyć, opierając się na opisach bakteryj żyjących w nosie i wiele z nich dało się oznaczyć, inne zostawiłem nieoznaczone, nie mając zresztą zamiaru opisywania w ogóle bakteryj nosowych. Oprócz powyżej wspomnianych przypadków zbadałem nadto 40 przypadków, dotkniętych różnemi chorobami a z tego 15 razy przypadki nieżytu przewlekłego zanikowego a mianowicie w 7-miu razach połączonego z cuchnieniem (*rhinitis chronica atrophica foetida*) a w 8-miu razach w postaciach zanikowych bez cuchnienia (*rhinitis chronica atrophica*). Do reszty 25 przypadków należały: 18 razy nieżyt zwykły nosa (*rhinitis simplex*), 5 razy nieżyt z przerostem lub polipami (*rhinitis hypertrophica* i *rhinitis polyposa*), raz w przypadku ropienia z komórek sitowych i raz wreszcie w przypadku cuchnienia z nosa na tle zmian kiłowych trzeciorzędnych. Do powyższych przypadków mógłbym doliczyć 35 przypadków twardzieli, o czem zresztą wspomnę poniżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

I-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895. roku).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Przeciwną właśnie drogą do tego samego celu, zbliżenia rozsuniętych kości łonowych dąży postępowanie Trendelenburga [5]). Polega ono na przecięciu zrostu pomiędzy kością krzyżową i biodrową (*synchondrosis sacroiliaca*), przez co uruchomia się miednica, umożliwiając zsunięcie brzegów kości łonowych. Po takiej operacyi dziecko umieszcza się w stosownie urządzonym przyrządzie łóżeczkowym, w którym za pomocą szerokiego pasa naokoło miednicy, krzyżującego się przed brzuchem i zaopatrzonego na końcach w ciężarki, osiąga się ostateczne zbliżenie *ossium pubis*. Dopiero po upływie 5—6 tygodni, kiedy już nowe stosunki jako tako się ustaliły, przystępuje Trendelenburg do właściwej operacyi *ectopiae vesicae*, okrwawienia i zeszycia brzegów na całym obszarze, od wierzchołka pęcherza aż do końca zewnętrznego cewki moczowej, które zeszywa cienkim drutem srebrnym.

Gojenie się nie idzie jednakże idealnie; części rany rozchodzą się, tworzą się mniejsze lub większe przetoki, wymagające dodatkowych operacyj późniejszych. Ostatecznie w przypadkach Trendelenburga nastąpiło zupełne zagojenie się powłok brzusznych zarówno, jak i nowoutworzonej cewki, ale niestety, w żadnym z nich nie udało się w rezultacie po operacyi otrzymać kontynencyi moczu.

Podobne wyniki otrzymał prof. Rydygier w przypadkach operowanych swoim sposobem, który przedstawiał przed 4 laty na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie [6]). Zamiast naruszać całość kostnego pasa miedniczego w celu zbliżenia oddalonych kości łonowych i brzegów powłok brzusznych, dąży do tego prof. Rydygier przez uruchomienie mięśni prostych brzucha (*m. recti abdominis*) wraz z miejscem ich przyczepu na kości łonowej. Prowadzi więc dwa długie, łukowate nieco cięcia, odpowiadające brzegom zewnętrznym mięśni prostych i sięgające aż do *fascia transversa*; mięśnie te oddziela w całej długości od podstawy i doszedłszy do kości łonowej, odbija dłutem ich wewnętrzno-górne części w kształcie prostokątów długości koło 3 cm., szerokości 1 cm., do których przyczepiają się dolne końce mięśni prostych. Obadwa te kawałki kości przesuwa ku środkowi tak, aby wypełnić nimi, o ile możności przestrzeń pomiędzy rozszczepionymi brzegami kości łonowych, do których przyszywa je mocnymi szwami. W ten sposób stykają się ze sobą dolne końce mięśni prostych, których brzegi wewnętrzne teraz już z łatwością dają się zeszyć po odpowiedniem okrwawieniu. Przedtem jeszcze odpreparowuje się brzegi błony śluzowej pęcherza i zeszywa się je szwem katgutowym tak, iż tworzy się zupełnie zamknięta jama pęcherza, cała wysłana błoną śluzową, ponad którą dopiero łączy się powłoki brzuszne, mięśnie proste i skórę.

Podobne zupełnie postępowanie przedstawił w tym samym roku Schlange [7]) na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, polecając oddzielić dłutem długi kawał grzebienia kości łonowej wraz z przyczepem mięśni. Zarówno w przypadku z naszej kliniki, jak i Schlangego, operacya nie doprowadziła do pożądanych wyników. Jakkolwiek po kilku drobniejszych operacyach dodatkowych nastąpiło zupełne zagojenie powłok brzusznych na całym obszarze, jednakowoż ani zrośnięcia przesuniętych części kości łonowej a więc i utworzenia zamkniętego pierścienia miedniczego, ani możności zatrzymania moczu w pęcherzu nie udało się ostatecznie otrzymać.

[5]) Ueber Heilung der Harnblasen-Ectopie durch directe Vereinigung der Spaltränder. Archiv f. klin. Chir. XXXIV. str. 621.

[6]) Niedrukowane.

[7]) Zur Behandlung der Ectopia vesicae. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1891.

Rozpatrzona ostatnio grupa metod operacyjnych, t. zw. idealnych, nie zupełnie zadawalniająco wywiązuje się ze wszystkich zadań. Jedno z najważniejszych, zniesienie *incontinentiae urinae* w operowanych przypadkach pozostało niewypełnione.

W ten więc sposób te metody operacyjne w ostatecznych swych wynikach nie różnią się od metod plastycznych poprzedniej grupy, gdyż wynik zarówno tu, jak i tam polega li tylko na zamknięciu tą lub inną drogą jamy pęcherza moczowego, cewki i rozszczepu powłok brzusznych; jako zabieg chirurgiczny mają one tę wyższość nad metodami plastycznemi, iż dążą rzeczywiście do *restitutio ad integrum*, utworzenia, o ile możności stósunków takich, jakie istnieją prawidłowo a mianowicie do wytworzenia jamy pęcherza zamkniętej, wysłanej w całości błoną śluzową, pęcherza o pewnej pojemności, któryby mógł wydzielać mocz okresowo w pewnych odstępach czasu, wreszcie do utworzenia cewki i pierścienia kostnego miednicy. Niestety, jak widzieliśmy, jedno z najważniejszych wskazań, usunięcie niesprawności pęcherza (*incontinentia*) nie daje się osiągnąć. Zastanowić się należy, czy jest osiągnięcie tego w ogóle możliwe, czy zatem metoda Trendelenburga ma zasadniczą racyę bytu. Odpowiedzi jednakże na to obecnie dać nie jesteśmy w stanie. Decydującym tu czynnikiem jest, jak mówiliśmy wyżej, obecność i stan okrężnych włókien mięsnych koło szyjki pęcherza, stanowiących zwieracz pęcherza (*m. sphincter*). Dotychczasowe badania anatomiczne kwestyi tej nie rozstrzygają stanowczo, wyniki zaś operacyjne świadczą więcej przeciw tej obecności lub też w razie obecności tego mięśnia o takim stanie, który nie dozwala na dostateczną funkcyę po zeszyciu.

Przechodzimy do trzeciej i ostatniej grupy metod operacyjnych, którą nazwiemy radykalną lub, jak nazywa Maydl, derywacyjną. Stanowią one zdobycz chirurgii lat ostatnich, uzyskaną na drodze badań doświadczalnych, zdobycz, która pomimo stron ujemnych i niebezpiecznych wraz z ulepszeniem techniki operacyjnej zaczyna zyskiwać prawa obywatelstwa i w klinikach. Zanim przystąpimy do omówienia tej grupy sposobów operacyjnych wynicowania pęcherza, opiszemy metody stojące w pośrodku, na granicy pomiędzy poprzedniemi operacyami a ostatnią grupą, do której przechodzimy obecnie.

Ażeby uniknąć trudności operacyj plastycznych i przykrości wynikających ztąd dla chorego, powziął Sonnenburg [8]) radykalną myśl wycięcia całego pęcherza moczowego i wszycia moczowodów do zagłębienia cewki moczowej. Operacyę wykonywa on w sposób następujący: Okroiwszy naokoło brzegi błony śluzowej, dochodzi aż do otrzewny, którą ostrożnie oddziela od całej tylnej powierzchni pęcherza, poczem odcina u dołu przyczepy do kości miednicy, wypreparowuje moczowody i cały pęcherz usuwa. Wolne końce moczowodów przesuwa ku dołowi i wszywa je w rowek cewkowy zniekształconego prącia. Powstały znaczny ubytek w powłokach brzusznych pokrywa przez przesunięcie skóry z boków. Po zagojeniu się dodaje Sonnenburg dla usunięcia *epispadiae* jeszcze operacyę Thierscha na prąciu.

[8]) Ueber Operationen an der Harnblase. Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 1882.

Rzeczywiście operacya ta najprostszą drogą dąży do usunięcia tego okropnego dla chorego stanu, który jest następstwem wywinięcia na zewnątrz błony śluzowej pęcherza, i umożliwia zastósowanie dokładnego zbiornika sztucznego, co już stanowi dla chorego wielkie dobrodziejstwo. Postępowanie to później zmienił Sonnenburg nieco w ten sposób, że wycinając cały pęcherz, pozostawia nietknięte ujście moczowodów i nie przenosi go do cewki, co rzecz prosta znacznie upraszcza operacyę. To ostatnie postępowanie z małą modyfikacyą poleca M. Segond [9]). Mianowicie z całego pęcherza, który wycina, pozostawia on tylko kawałek błony śluzowej w okolicy otworów moczowodów; tę błonę śluzowa zawija ponad niemi, tworząc w ten sposób maleńką jamę zamkniętą i zawierającą ujścia moczowodów. Od zewnątrz błonę śluzową pokrywa Segond płatem przesuniętym z boku ze ściany brzusznej, wreszcie na zakończenie dodaje on operacyę rozszczepu cewki (*epispadia*), ku czemu służy mu płat, utworzony z napletka (*Le Fort*). Wielkie pochwały oddaje temu postępowaniu Szymon Duplay [10]), zalecając tylko rozpoczynać operacyę od naprawienia rozszczepu cewki i dopiero po zagojeniu się cewki przystąpić do operacyi Sonnenburga-Segonda. Ponieważ jednak pokrycie płatem skórnym cewki moczowej na wierzchu nietylko nie polepsza, ale pogarsza zniekształcenie prącia, radzi Duplay operacyę *epispadiae* wykonać poleconym przez siebie sposobem za pomocą prostego zeszycia ze sobą rozszczepionych brzegów cewki [11]) a to głównie w celu umożliwienia spółkowania (?).

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien wydał Dr. Edw. Flatau. Przedmowę napisał prof. Mendel. Nakładem Kargera w Berlinie. Druk W. L. Anczyca w Krakowie. Cena 12 mk.

Praca ta poświęcona pamięci profesora Chałubińskiego, wyszła w polskim języku bardzo niedawno a poprzedziły ją przedtem już wydania w języku niemieckim, francuskim, angielskim i rosyjskim.

Należy się więc uznanie autorowi, że i naszym lekarzom oraz studentom medycyny ułatwił w ojczystym języku naukę topografii mózgowej, tak pięknie i jasno przedstawionej w tym atlasie.

Same figury i tablice (8) są poprzedzone opisem przebiegu włókien w układzie nerwowym a zarazem dróg ruchowych, czuciowych i odruchowych dla każdego z osobna nerwu i to w sposób tak jasny, zwięzły, niemniej jednak dokładny, że mając przed sobą szematyczne rysunki tych dróg łatwo się można zoryentować i przyswoić sobie to wszystko, co nam obecnie nauka podaje o anatomii mózgu, móżdżku i rdzeniu pacierzowym, oraz o ich wzajemnym związku.

Zdjęcia fotograficzne w rozmaitych przekrojach są bardzo ładnie wykonane jako fotograwury a każde ważniejsze miejsce w mózgu cyframi oznaczone, boczne zaś tablice zawierają krótkie objaśnienia.

Na jedno tylko z przykrością muszę zwrócić uwagę, że język polski jest niepoprawny tak w wyrazach z osobna, jak i w zwrotach, zdradzających szyk wyrazów niemiecki, zwłaszcza w samej przedmowie.

[9]) Według Duplay (p. niżej).

[10]) Du traitement chirurgical de l'exstropie de la vessie. Archives génér. de médecine. 1894. Septembre.

[11]) Sur le traitement de l'hypospadias et de l'épispadias. Arch. gen. de med. 1880. str. 257.

Mam nadzieję, że atlas ten, który powinien znaleść się nietylko w rękach studentów jako podręcznik anatomii mózgu, lecz i w ręku każdego lekarza śledzącego rozwój naukowy, doczeka się rychło 2-go wydania a wtedy mam nadzieję, błędy językowe zostaną przez autora z korzyścią dla całości poprawione. *Dr. J. Sarzycki.*

Choroby zakaźne.

E. Germonig: **Sprawozdanie z 362 przypadków błonicy leczonych surowicą Behringa w szpitalu w Tryeście.**

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Surowica Behringa leczy znaczny procent błonicy lekkiej i ciężkiej bez stósowania środków leczniczych wewnętrznie i miejscowo.

2) Metoda ta zastosowana w pierwszych trzech dniach doprowadza prawie zawsze do wyleczenia, wstrzymuje posunięcie się sprawy chorobowej na krtań a w razie zajęcia nawet krtani intubacya bez tracheotomii doprowadza do wyleczenia.

3) Nawet w septycznych formach błonicy surowica Behringa działa korzystnie.

4) W przebiegu leczenia tą metodą pokazują się osutki, którym towarzyszy gorączka i obrzmienie stawów.

5) Surowica Behringa nie jest w stanie przeszkodzić wystąpieniu porażeń pobłoniczych i wstrzymać powstania zapalenia płuc kataralnego po intubacyi.

W kwestyi teoryi immunizacyi surowicy autor nie wydaje żadnej stanowczej decyzyi, lecz obserwował 6 przypadków powtórnego zasłabnięcia na błonicę mimo leczenia tą metodą, co nie przemawia na korzyść tej teoryi. (*Wiener klinische Wochenschrift.* Nr. 21, 22. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Choroby skórne.

L. E. Bregman: **Dwa niezwykłe przypadki ostrego obrzęku skóry.**

U 34-letniej ogrodniczki i jej 5-letniej córeczki, zajętych pracą w ogrodzie z końcem Maja, wystąpił nagle obrzęk elastyczny na obu kończynach górnych (symetrycznie) a u ostatniej i na twarzy. Skóra w miejscach zajętych, pomijając bladość, okazywała stosunki prawidłowe. Stan ogólny dobry. Obrzęk po 48 godzinach doszedł do szczytu, by znów po dwóch dobach ustąpić, pozostawiając po sobie wybroczyny na grzbiecie rąk i nosa. Na nosie wybroczyny naśladowały kształt motyla (jak w *lupus erythematosus*). W miejscu wybroczyn (petoci) rozwinęło się lekkie zapalenie skóry, w dalszym ciągu przyskórek się złuszczył i po 2 tygodniach powrócił *ad integrum.*

Autor w literaturze nie znalazł opisanego żadnego podobnego przypadku; więc bardzo szczegółowo badał etyologią. Wyklucza: sparzenie przez rośliny lub ukłucia owadów, odrzuca wpływy nerwowe etc. A zasięgnąwszy odpowiednich dat ze stacyi meteorologicznej, przyjmuje działanie słońca jako istotną przyczynę obserwowanego obrzęku ostrego. Jest to zatem niezwykła postać insolacyi (t. j. działanie promieni pozafiołkowych na skórę, w tym przypadku niezwykle wrażliwej). (*Gazeta lekarska* Nr. 44. 1895). *Dr. M. W. H.*

Psychiatrya.

H. C. Bristowe: **Dalsze przyczynki do związku między przewlekłemi cierpieniami nerek a porażeniem postępowem.**

W dalszym ciągu swych poszukiwań zebrał autor jeszcze więcej materyału potwierdzającego jego domysł, że choroby nerek, mianowicie zapalenie ich międzymiąższowe (*nephritis interstitialis*) trafiają się bardzo często w chorobach umysłowych, szczególniej w porażeniu postępowem. Na 3446 przypadków chorób umysłowych znaleziono przy sekcyi u 48·867% cierpienie nerek a odjąwszy z tej liczby 12% dotkniętych porażeniem postępowem i 4% osób mających więcej niż 60 lat (z przyczyny częstej w tym wieku marskości (*cirrhosis*) nerek) u 32%. Na 266 zwłok osób chorych na porażenie postępowe znaleziono w 183=68·6% zmiany w nerkach, przyczem autor zwraca uwagę na potrzebę badania tego organu i mikroskopijne, ponieważ proste badanie makroskopijne nieraz nie wystarcza do rozpoznania zmiany anatomicznej.

Autor jest zdania, że w porażeniu postępowem głównemi przyczynami zmiany w nerkach są nadużywanie wyskoku i kiła. (*Journal of ment. science.* Lipiec 1895). *R.*

Legrain: **Patogeneza napadów padaczkowatych** (*épileptiformes*) **w porażeniu postępowem.**

Okoliczność, że napady padaczkowate najrozmaitszego rodzaju i stopnia mogą pojawiać się w najrozmaitszych okresach porażenia postępowego albo i całkiem nie pojawiać, bez możności wykazania podstawy anatomicznej tej tak wybitnej różnicy jednych przypadków od drugich, nasunęła autorowi myśl, że przyczyną tego mogłoby być właściwe zatrucie krwi.

Dla udowodnienia tego przypuszczenia upuścił autor choremu na porażenie postępowe w pół godziny po rozpoczęciu się napadów padaczkowatych, wśród których w 26 godzin nastąpiła śmierć a ciepłota doszła do 40·6° C., 360 cm.³ krwi, poczem zresztą kurcze złagodniały a temperatura zmniejszyła się do 39·6° C. Surowicę z tej krwi uzyskaną wstrzykiwał autor do żyły królikowi, który po użyciu w ten sposób 40 cm.³ padł. Podobny był rezultat u dwóch jeszcze królików.

Jakkolwiek nie znamy stopnia działania trującego prawidłowej krwi, sądzi autor, że w tych doświadczeniach surowica działała nadmiernie trująco, tem bardziej, że sekcya królików padłych nie wykazała żadnej zmiany anatomicznej, nawet zakrzepów w żyłach.

Przy obdukcyi chorego, którego surowicy użyto do opisanych doświadczeń, znaleziono prócz zmian w mózgu bardzo znaczne przekrwienie i zanik ziarnisty nerek, powiększenie i stwardnienie śledziony, zupełne stłuszczenie wątroby a autor wywodzi z tych zmian anatomicznych w gruczołach mocne działanie trujące krwi w tym przypadku porażenia postępowego.

Na podstawie tych doświadczeń i postrzeżeń wnosi autor:

1) Objawy padaczkowate i udarowate (*apoplectiformes*) w porażeniu postępowem są skutkiem nie zawsze zmiany tylko w ośrodkach nerwowych, lecz także i ciężkich zboczeń w innych narządach.

2) W porażeniu postępowem może krew działać bardziej trująco, niż w stanie prawidłowym i przezto wywoływać napady podobne jak w mocznicy (*uraemia*).

3) Surowica krwi jest nosidłem (*vehiculum*) trucizny, która mieć może swoje źródło w zmianach patologicznych nie tylko nerek, ale i innych narządów.

4) Napadów padaczkowatych i udarowatych nie dostaną paralitycy z prawidłową aż do śmierci czynnością nerek.

5) Napady kurczów w przebiegu porażenia postępowego przemawiają za zmianą w ważnych trzewach brzusznych.

6) Pod względem terapeutycznym zaleca się przeciw napadom rzeczonym w przebiegu porażenia postępowego obfity upust krwi, który też autorowi w wielu przypadkach znakomite oddał usługi. (*Annales médico-psychologiques* 1895. Zeszyt 1.). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

136. N. Rosenthal (w Berlinie): O użyciu półtora chlorku żelaza przeciw błonicy. Autor powołuje się przedewszystkiem na swe doświadczenia nad leczeniem błonicy półtorachlorkiem żelaza, w roku 1892 publikowane, w których wykazał, że błonica krtani jest najczęściej dalszym ciągiem błonicy gardła i że bardzo pewnie można przeszkodzić zajęciu krtani przez błonicę, używając w tym celu półtorachlorku żelaza na błonicę gardła. Ponie-

waż od r. 1892 ma autor jeszcze 100 przypadków błonicy rzeczonym środkiem pomyślnie leczonych, przeto przypomina swą pierwotną pracę, by na nią ogólnie zwrócono uwagę i przekonano się o prawdziwości podanych w niej szczegółów.

Autor używa 2% roztworu półtorachlorku żelaza, poprawionego pod względem smaku gliceryną i zadaje z niego bez przerwy dniem i nocą, co uważa za kardynalny warunek pomyślnego skutku, po łyżeczce od herbaty do łyżki stołowej co godzina, dopóki nie oddzielą się błony wrzekome. W razie obfitych nalotów pomazuje jeszcze miejsca niemi zajęte albo *liquore ferri sesquichlorati puro* albo roztworem półtorachlorku żelaza, zmięszanego po równych częściach z gliceryną i wodą. Do pomazywania, które odbywa się trzy razy dziennie w ten sposób, że raz robi je lekarz a dwa razy osoby opiekujące się chorym, używa autor pęczka waty odtłuszczonej, przytwierdzonej do pręcika drewnianego. Watę spala się natychmiast po użyciu. Autor nie używa do pomazywania gardła waty zaprawionej ani kwasem salicylowym ani karbolowym, ponieważ substancye te wchodzą w pewien związek chemiczny z półtorachlorkiem żelaza i prawdopodobnie osłabiają jego działanie. Takie miejscowe użycie półtorachlorku żelaza okazało się skutecznem szczególniej w błonicy nosa, gdzie stósuje się je w ten sposób, iż watę obwiniętą koło zgłębnika i napojoną półtorachlorkiem żelaza wprowadza się jak najwyżej do nosa i przez stósowne obroty wyciąga sam zgłębnik, poczem zaciska dziurkę od nosa i przez ugniatanie nosa wyciska z waty płyn, który działa w ten sposób w znacznej rozległości.

Wśród tego leczenia nie używał autor prawie nigdy żadnych środków miejscowych i wbrew zdaniu ogólnemu nie nastawał bynajmniej na zmuszanie chorych do dobrego żywienia się i picia napojów wyskokowych z wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich.

Co się tyczy skuteczności leczenia błonicy sposobem, o którym mowa, to ze 100 chorych umarło 9, z których dwoje dostało się do leczenia w okresie już tak późnym choroby, iż o pomyślnym skutku mowy być nie mogło; na 179 zaś przypadków błonicy gardła, półtorachlorkiem żelaza leczonych w trzech tylko błonica zajęła także i krtań, co jest najlepszym dowodem skuteczności opisanego w niniejszem sposobu leczenia.

Ogółem leczył autor dotychczas 271 chorych, z których umarło 8·2%; zajęcie błonicze krtani pojawiło się u 4 dzieci, z których u trzech używano niedbale półtorachlorku żelaza. Wszystkie te 4 dzieci wyzdrowiały a mianowicie dwoje po tracheotomii, dwoje bez niej.

Wobec tego kończy autor swą pracę oświadczeniemi że półtorachlorek żelaza najlepiej chroni od błonicy krtan, i jest ze wszystkich, dotąd znanych przeciw błonicy środków najskuteczniejszym. (*Therapeutische Monatshefte.* Listopad 1895).

137. Edelheit (w Wiedniu): Leczenie marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*). Autor zaleca na podstawie własnego doświadczenia w marskości wątroby kalomel w połączeniu ze sublimatem w ten sposób, że we wczesnych okresach choroby zadaje dwa razy dziennie przez 7 dni po proszku zawierającym 0·10 do 0·20 kalomelu, 0·001 (miligram) sublimatu i 2·00 cukru. Równocześnie używa chory rosołów, mleka, limonady, wystrzega się zaś mięsa, piwa, owoców strączkowych. W razie zaparcia stolca woda gorzka Hunyadego. W przypadkach choroby dalej posuniętych, jeżeli chorzy muszą leżeć w łóżku i mają puchlinę brzuszną (*ascites*), używa się kalomelu z sublimatem w dawce wymienionej przez trzy dni a potem zadaje proszek co jeden lub dwa dni. Jeżeli objawy puchliny ustąpią po 7 do 10 dniach, wstrzymuje się całkiem zadawanie kalomelu i sublimatu. W przypadkach bardzo daleko zaszłych daje się mniej kalomelu, po 3 do 4 dniach zmniejsza jeszcze dawkę i tę potem stósuje się tylko co 2-gi dzień. W ten sposób unika się punkcyi brzucha. W przypadkach pomyślnie tym sposobem leczonych zaleca się do kuracyi następowej woda lub sól karlsbadzka obok dobrego odżywiania, czystego powietrza i miernego ruchu. (*Wiener Klinik.* Zeszyt 10. 1895).

138. G. Kroenig: Przypadek śmiertelnego otrucia się fenacetyną (z posiedzenia Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie w dniu 4. Listopada 1895). W dniu 29. Października okazał prelegentowi asystent szpitalny chorego, u którego rozpoznał septycemię. Był to chłopiec liczący lat 17, z zabarwieniem skóry ziemistem, ogromnym upadkiem sił, tętnem 134, nieregularnem, liczbą oddechów 34 i ciepłotą 38·8. Źrenice były średnich rozmiarów i oddziaływały na światło.

Podejrzywając otrucie zbadał prelegent krew i znalazł w niej bardzo znaczną leukocytozę i osobliwą zmianę ciałek czerwonych, polegającą na tem, iż obok ciałek prawidłowych znajdowały się ciałka przeobrażone w rozmaity sposób, prócz tego była wybitna poikilocytoza a hemoglobina w znacznej części rozpuszczona w surowicy.

Z anamnezy dowiedziano się, iż z powodu bólów głowy, pochodzących prawdopodobnie z przewlekłego nieżytu ucha środkowego zażywał chory z przepisu lekarskiego od 3 tygodni codziennie 1 lub 2 gramy fenacetyny. Po zażyciu jednego wieczora również grama fenacetyny wystąpiły w nocy wymioty i niebawem znaczny zapad (*collapsus*), co było przyczyną, iż go przeniesiono nad ranem do szpitala, gdzie w kilka godzin potem nastąpiła śmierć.

Sekcya wykazała methemoglobinemią z brunatnem zabarwieniem wszystkich organów, zmiany zapalne w nerkach a nadto w moczu prawie czystą krew, co zresztą wykazano już i za życia.

Podobne przypady po zażyciu fenacetyny postrzegano już dawniej. Hinsberg i Krafft widzieli w trzy godziny po zażyciu 3 do 5 gramów rzeczonego leku przyśpieszenie tętna i oddechów, wymioty, śpiączkę i sinicę błon ślnzowych a badanie krwi wykazało w niej methemoglobinę. Lindemann widział bardzo znaczną sinicę po zażyciu dwóch gramów fenacetyny a Jaksch po zażyciu nawet tylko 0·10 i 0·20 w przebiegu duru brzusznego względnie zapalenia opłucny.

W dyskusyi oświadcza Fraenkel, że widział po zażyciu ½ grama fenacetyny zmniejszenie się liczby oddechów do 2—3 na minutę.

Fürbringer postrzegał u pewnej histeryczki nadzwyczaj ciężki, prawie śmiertelny zapad po zażyciu 0·50 laktofeniny.

Aronsohn przytacza, że z antyfebryny, fenacetyny, analgezyny, laktofeniny oddziela się według Meringa w ustroju paramidofenol i ten działa bardzo trująco, mocniej lub słabiej, stósownie do tego, jak szybko następuje to oddzielenie się paramidofenolu.

Stadelmann sądzi, że do zejścia śmiertelnego mogło przyczynić się w przypadku przez prelegenta opisanym zapalenie nerek, które może już przedtem istniało.

Gerhardt mniema, że osobliwa tkliwość (idyosynkrazya) ustroju gra wielką rolę w podobnych przypadkach. (*Berliner med. Wochenschrift.* 18. Listopada 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Listopada 1895 r.

— W dniu 20. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Raczyński przedstawił dziecko z jamą bronchiektatyczną w płucu prawem; w dyskusyi przemawiali koll. Jakubowski, Kryński, Obaliński, Trzebicky i Wernicki. Następnie kol. Wachholz przedstawił okazy z praktyki sądowo-lekarskiej: przypadek samobójczego przebicia serca i przypadek morderczego strzaskania czaszki. W dyskusyi przemawiał kol. Obaliński.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 16. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem fizyk miejski podał do wiadomości liczby odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w ubiegłych miesiącach. Procent zmarłych

na choroby zakaźne wynosił w Październiku r. b. 164. Kosztem miasta szczepiono 1923 osób, rewakcynowano 1021 głównie z powodu rozporządzenia w tej mierze krajowej rady szkolnej. Dr. Bujwid wniósł, by wiadomości obchodzące ogół udzielać mu za pośrednictwem dzienników, na co wyjaśniono, iż to już się dzieje i dalej też dziać będzie. Fizyk miejski wyjaśnił sprawę budowy osobnego, miejskiego szpitala dla chorób zakaźnych i uwiadomił, iż Magistrat w myśl wniosku r. m. Dra Pareńskiego wezwał lekarzy miejscowych do wypełniania ściśle obowiązku donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych, co też teraz częściej dzieje się, niż dawniej. Weterynarz miejski Papée uwiadomił, iż Magistrat spełniając wniosek r. m. Dra Domańskiego co do potrzeby ściślejszej kontroli nad mięsem w mieście sprzedawanem, mianowicie sprowadzanem z poza rogatek, zamierza dodać komisarzowi targowemu do pomocy osobnego weterynarza i w tej mierze pełnej Radzie miejskiej stosowne przedstawi wnioski, następnie doniósł, iż w Krakowie pojawia się ciągle jeszcze wścieklizna u psów, których z tego powodu ubito 850, iż osoby pokąsane przez psy wściekłe przekazywano prof. Bujwidowi do właściwego szczepienia, tudzież iż jedna obywatelka pokąsana przez własnego, małego psa pokojowego, która mimo namowy nie chciała poddać się leczeniu, na wściekliznę zmarła. Zgodzono się, iż ze względów sanitarnych można pozwolić na branie psów do powozów publicznych pod warunkiem, by psy miały kagańce. Przyjęto referat Dra Ponikły w sprawie urządzenia zakładu czyszczenia jelit. W końcu weterynarz miejski Papée w obszernym i gruntownym elaboracie zdał sprawę z wniosku r. m. Dra Domańskiego w kwestyi niszczenia padliny i mięsa skonfiskowanego w sposób dla zdrowia ludzkiego całkiem bezpieczny i oświadczył się za zbudowaniem na ten cel osobnego zakładu z przyrządem systemu Podewila. Wniosek ten przyjęto i uznano potrzebę jak najrychlejszego jego wykonania, by zapobiedz nadużyciom a tem samem i niebezpieczeństwu z odkopywania padliny.

— Wydział krajowy mianował Dra Zygmunta Nowaka sekundaryuszem szpitala św. Łazarza.

— Otrzymujemy następujące pismo:

W sprawie pisma prof. Dra Trzebickiego w Nrze 46. *Przeglądu lekarskiego* zwracam uwagę Szanownego Profesora, że w mojem ogłoszeniu nie było mowy o prośbie redakcyi *Centralblatt für Chirurgie;* jedynie redakcya *Centralblatt für innere Medicin* do mnie się udawała. Z wyjaśnienia wszakże Szanownego Profesora wnoszę, że prośba tejże redakcyi do mnie wystosowana: *zunächst die gesammte polnische Literatur zu berücksichtigen* — prośba usprawiedliwiająca dostatecznie, jak sądzę, ogłoszenie moje — może tylko do medycyny wewnętrznej się odnosić.

Upraszam tedy autorów o nadsyłanie mi odbitek wyłącznie tylko z zakresu medycyny wewnętrznej dla referowania w *Centralblatt für innere Medicin.* *Dr. Pisek* we Lwowie.

— Drka medycyny Róża Kerschbaumowa w Salcburgu, której na mocy osobnego pozwolenia cesarskiego wolno było praktykować w monarchii austryackiej, przenosi się do Petersburga, gdzie, jak donoszą pisma, miała otrzymać katedrę w nowych kursach lekarskich dla kobiet.

— Królewskie kolegium lekarskie (*Royal College of Physicians*) i takież kolegium chirurgiczne (*Royal College of Surgeons*) postanowiły nie dopuszczać kobiet do egzaminów lekarskich i nie wydawać im żadnych dyplomów.

— Według ostatniego obliczenia jest obecnie w Paryżu 2922 lekarzy, między którymi 521 cudzoziemców, przeważnie Belgów, Niemców, Włochów i Szwajcarów. Ponieważ liczba cudzoziemców w Paryżu wynosi 181.000, przeto na 1000 cudzoziemców przypada lekarzy cudzoziemców 2·87, gdy dla ludności francuskiej odpowiednia liczba wynosi 1·07.

— **Nekrologia.** W dniu 12. b. m. zmarł w Nowej Wsi pod Kossowem w 52. roku życia Dr. **Paweł Posachowski Zdanowicz**, obywatel ziemski, wychowaniec b. Szkoły Głównej warszawskiej.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej,* Nrze 46. W. Gajkiewicz: O nowotworach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (ciąg dalszy). — H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). — W *Medycynie,* Nrze 46. H. Dobrzycki: Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*). W. Palmirski: Wyniki szczepień ochronnych według Pasteura. — W *Nowinach lekarskich,* zeszycie listopadowym, H. Święcicki: O kulistych tworach w skórzakach jajnika. B. Wicherkiewicz: Wstrzykiwania roztworów rteci do żył. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy). Oświecimski: Operacyjne leczenie gruźlicy kości piętowej. — W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego,* zeszycie 3-cim, W. Sobierański: O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych. E. Biernacki: Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. O. Hewelke: Badanie bakteryologiczne krwi suchotników. Przyczynek do kwestyi zakażeń mięszanych przy suchotach. W. Janowski: Wynik leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi oraz niektóre uwagi o tem leczeniu. E. W. Zieliński: O chorobie Glenarda (dok.).

Sprostowanie pomyłki. W protokole Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. umieszczonym w Nrze 46. znajduje się wzmianka, iż chora na *scleroderma universale* dostawała na dzień po 2 do 6 miligramów kantarydyny. Otóż powinno być, że dostawała po 2 do 6 decymiligramów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 30. Listopada 1895 r. Nr. 48.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
[illegible]
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

†

Prof. Dr. Ludwik Teichmann.

Pod świeżem wrażeniem zgonu badacza niepospolitej miary, jakim był zgasły w dniu 24. Listopada 1895 r. Teichmann, trudno jest wszechstronnie i należycie ocenić długoletnią Jego działalność pełną chwały.

Ludwik Teichmann urodził się w Lublinie 16. Września 1823 r., ukończył gimnazyum w Radomiu w r. 1846. Przez dwa lata uczęszczał na teologią w Dorpacie a studya medycyny rozpoczął dopiero w r. 1851. w Heildelbergu. Już w roku następnym otrzymał posadę prosektora przy instytucie anatomicznym w Getyndze, którego przełożonym był J. Henle.

W czasie studyów medycyny zajmując się chemią i fizyologią, T. w r. 1853. odkrył kryształki heminy, które są znane powszechnie pod nazwą kryształków Teichmannowskich.

W roku 1855. po obronieniu rozprawy: *Zur Lehre von den Ganglien* (o torbielach w pobliżu stawów) otrzymał w Getyndze stopień doktora medycyny i przy pomocy otrzymanego stypendyum Blumenbacha, odbył podróż naukową, w której zwiedził niemieckie, francuskie, angielskie i szwedzkie instytuty naukowe.

Jako prosektor a od r. 1859. docent anatomii zasłynął z wykończenia i elegancyi swoich preparatów anatomicznych, z których zdjęte ryciny zdobią znakomity podręcznik anatomii, wydany przez Henlego. Bez preparatów Teichmanna Henle nie byłby po prostu mógł był opracować tego podręcznika, zwłaszcza, że sam nie był zbyt tęgim preparatorem. Brak uznania ze strony Henlego dla swego dzielnego i niezbędnego współpracownika w tym podręczniku sprawił pewne oziębienie stosunków między Teichmannem i Henlem.

Ze szczególnem zamiłowaniem sporządzał T. preparaty kości, zwłaszcza przekroje — a Jego preparaty przedstawiające przekroje jamy nosowej i kości skroniowej, wzbudzały powszechny podziw na wystawach światowych w Paryżu (1867) i w Wiedniu (1873), nie mniej jak preparaty injekcyjne.

Wyposażony niepospolitą zręcznością i bystrością wzroku, umiał z tych darów korzystać w całej pełni w badaniach naukowych. „Od pierwszej chwili, gdym się anatomii poświęcił, zwracałem i zwracam całą swoję uwagę na technikę anatomiczna w tem przekonaniu, że tylko za jej pomocą postęp w anatomii jest możebny“. Tak pisze T. w swojej pracy: *Kit jako masa injekcyjna* (Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie T. VII. 1880). Prawdziwość tego twierdzenia udowodnił najlepiej wynikami swoich własnych badań o początkach naczyń limfatycznych, stanowiącymi olbrzymi postęp w dziedzinie umiejętności anatomicznej a osiągniętymi przez udoskonalenie techniki injekcyjnej i doskonałe wykonanie udoskonalonej metody, przez jej wynalazcę.

Powszechnem było przekonanie, że początków naczyń limfatycznych przez nastrzykanie uwidocznić nie można, z powodu zastawek, które są przeszkodą dla injekcyi od pni limfatycznych ku obwodowi, tudzież, że naczynia limfatyczne w ogóle a więc nawet pnie nie dadzą się napełnić niczem innem, jak tylko rtęcią.

Otóż T. miał odwagę próbować nastrzykiwania naczyń limfatycznych masami woskowemi i klejowemi, próbować nastrzykiwania włosowatych naczyń limfatycznych strzykawką, przez wprowadzenie rurki wystrzykowej wprost do nich. Wyśmiewano go, szydzono z jego usiłowań tak, że zamykał się i potajemnie wykonywał swoje próby. Powodzenie tego genialnego pomysłu T. zjednało mu podziw i powszechne uznanie a ci, którzy przedtem z niego szydzili, z zazdrości pomawiali go, iż z metody swojej robi tajemnicę. Tajemnicą była wprawa, której T. nabył niesłychaną swoją cierpliwością; kto nie ma tej cierpliwości i tej wprawy, dla tego nastrzykiwanie naczyń limfatycznych pozostanie na zawsze tajemnicą. Trzeba wiedzieć albo przeczuwać, gdzie są siecie przywłosowatych chłonic (tak T. nazywa naczynia limfatyczne), na pół je widzieć, na pół je czuć, aby wprowadzić koniec rurki wystrzykowej, gdzie należy — a nie zrażać się niepowodzeniami.

Tym sposobem T. doszedł mozolnie do wyników, które przeczuwał Jego geniusz a które są złożone w formie nader prostej *(simplex sigillum veri)* w wiekopomnem Jego dziele *Das Saugadern-System* (Lipsk 1861). Krótko streszczony wynik tej pracy jest, że chłonice stanowią zamknięty zewsząd i od otaczających tkanin własnemi ścianami odgraniczony układ cewek (naczyń), zwykle tworzących siecie, z którego pnie limfatyczne prowadzą do żył. Przetwory wśród tkanin znajdujące się miedzy jej pierwocinami, choć płyn w nich występujący jako wysięk *(transsudatum)* krwi, jest mniej więcej identyczny z limfą, nie należą do układu naczyń krwionośnych. Naczynia krwionośne przepuszczają płynne składniki krwi (a jak wiemy i stałe) na zewnątrz; naczynia limfatyczne (jak wiemy, po części i krwionośne) chłoną płynne składniki tkanin od zewnątrz. Kanaliki sokowe, szpary, przetwory i w ogóle drogi śródtkaninowe, któremi sączy się odżywczy sok tkanin (limfa) i któremi rozlewa się wynaczyniona z naczyń krwionośnych lub limfatycznych masa injekcyjna po pęknięciu ich ścian, mogą a raczej muszą istnieć, ale wedle T. nie są to naczynia limfatyczne. Łatwo więc pojąć oburzenie badacza, który tak jasno wykazał, gdzie są granice naczyń limfatycznych, gdy inni potem niezważając na wyniki mozolnej jego pracy a wyniki nie ulegające najmniejszej wątpliwości, jakąbądź szparę albo nawet sztuczne rozdarcie wśród tkanin opisywali jako naczynia limfatyczne a opisywali nawet w takich narządach (n. p. miąższu nerki), gdzie wcale nie ma naczyń limfatycznych, gdzie zatem takie szpary nie mogłyby nawet pozostawać w związku z naczyniami limfatycznemi.

W tymże roku (1861), w którym ukazało się dzieło o początkach naczyń limfatycznych, T. został powołany do Krakowa jako profesor anatomii patologicznej. Katedrę tę przyjął z zastrzeżeniem, że po mającym za kilka lat ustąpić z katedry anatomii opisowej sędziwym prof. Kozubowskim, otrzyma tę katedrę jako odpowiadającą obranemu przez T. kierunkowi naukowemu. W roku 1868. T. objął katedrę anatomii opisowej, uzyskawszy jeszcze poprzednio zezwolenie Rządu na budowę nowego instytutu, którą też rozpoczęto niebawem, to jest w jesieni 1869.

Kto znał dawniejsze umieszczenie instytutu anatomii opisowej w *Collegium physicum* (tam, gdzie dziś jest muzeum anatomii porównawczej), ten jedynie może ocenić doniosłość zdobyczy, którą Uniwersytet Jagielloński cieszy się już przez ćwierć wieku a którą zawdzięcza wyłącznie zabiegom T. Skromność, lecz stanowczość w wymaganiach dla instytutu ze strony T. umożebniła tak rychłe uzyskanie tego budynku, przez długi szereg lat jedynego odpowiadającego wymaganiom nauki, jakim Wydział lekarski w Krakowie rozporządzał. Wszak klinika chirurgiczna stoi dopiero kilka lat a *Collegium medicum* dopiero przed kilkoma tygodniami oddane zostało do użytku właściwych instytutów. Że krakowski instytut anatomii opisowej dziś wydaje się może za małym i za skromnym, tłómaczy się tem, że przed ćwierć wiekiem były skromniejsze wymagania i inne stosunki w ogóle. Dzięki ś. p. T. Uniwersytet Jagielloński uposażony został w odpowiedni wymaganiom nowy instytut anatomiczny o wiele wcześniej, niż Praga, Inspruk a nawet Wiedeń!

T. z całem poświęceniem oddał się pracy w tym instytucie i dla tego instytutu, nauczaniu i badaniu anatomicznemu; innemi sprawami publicznemi się nie zajmował, choćby to było mu torowało drogę do zaszczytów i dostojeństw. Całkowicie i niepodzielnie oddawał się anatomii a wyszczególnienia otrzymane od Najjaśniej-

...ego Pana (order Franc. Józefa, tytuł Radcy rządowego, order żelaznej Korony III. klasy a przy ukończeniu służby profesorskiej otrzymany tytuł Radcy Dworu), są tylko uznaniem Jego działalności naukowej. T. był dwukrotnie dziekanem Wydziału lekarskiego a w r. 1878/9. Rektorem Uniwersytetu. Od założenia Akademii Umiejętności w Krakowie w roku 1872. był jej członkiem czynnym i przez szereg lat piastował w niej urzędy Dyrektora Wydziału matematyczno-przyrodniczego a następnie Wiceprezesa.

W ciągu długich lat mozolnej pracy nagromadził olbrzymi materyał naukowy, odnoszący się do naczyń limfatycznych; życie Jego wszakże nie wystarczyło na zupełne opracowanie tego działu anatomii, któremu z takiem poświęceniem się oddawał. Ostatniemi czasy wydał T. jedynie pracę: *O słoniowacinie*, w której na podstawie długoletnich, mozolnych badań wykazał, że przyczyną tej choroby jest zapalenie, tromboza i obliteracya naczyń limfatycznych.

Nieopracowanemi pozostały materyały do porównawczej anatomii limfatycznego przewodu piersiowego *(ductus thoracicus)*, tudzież głębokich naczyń limfatycznych odnóg. Odnoszące się do tego preparaty, jako niezaprzeczoną swoją własność naukową T. zatrzymał, spodziewając się prawie do ostatniej chwili, że znajdzie czas i siły do wykończenia tych prac i przygotowania ich do publikacyi.

W r. 1894. ustępując z katedry w mowie pożegnalnej do swoich uczniów dnia 7. Lipca rzekł Teichmann: „S k a l p e l a n i e o d r z u c i ł e m, p i ó r a n i e z ł a m a ł e m!“ Niestety, ciężka choroba od blisko dwóch lat podkopująca siły Jego organizmu, nie pozwoliła mu skalpela wziąć do rąk a pióro Jego złamała!

Sam będąc mistrzem albo, *sit venia verbo*, wirtuozem w technice anatomicznej wiele czasu i mozołu poświęcił dla udoskonalenia metod badania używanych w anatomii „makroskopowej“. Teichmannowski sposób maceracyi kości, Teichmannowska metoda injekcyjna, Teichmannowskie strzykawki, Teichmannowska masa injekcyjna (kitowa) zyskały powszechne uznanie w kołach zawodowych, coraz bardziej rugują używanie dawniejszych sposobów. Całemu zastępowi badaczy na polu nauki anatomicznej, obecnie żyjących, jako też przyszłym pokoleniom Teichmann dał broń w rękę, przy pomocy której będą oni mieli zapewnione w rozmaitych kierunkach zdobycze naukowe, o które bez tych środków badania nie możnaby się nawet pokusić!

Tak olbrzymią siłą geniuszu wywołany ruch postępować będzie coraz dalej i szerzej, choć motor dziś już sam przestał działać — a ruch ten, do którego ś. p. Teichmann dał impuls i dla którego mozolnie torował drogi, prowadzi do postępu nauki, do coraz to dalszych zdobyczy naukowych.

Genialny badacz był zarazem wzorowym nauczycielem. W prostych słowach, nie szukając krasomówczych efektów ś. p. T. umiał przykuwać do przedmiotu uwagę słuchaczów swoich, którzy przejmowali się uczuciem ważności nauki, słyszanej z ust jego. Cześć dla nauki obudzona w uczniach przenosiła się na mistrza, który powagą w swojem postępowaniu a przedewszystkiem przykładem niezmordowanej pracowitości i wytrwałej cierpliwości w pracy wywierał niewypowiedziany urok na swoje otoczenie. Instytut anatomiczny był pod kierunkiem ś. p. T. świątynią nauki a T. jej kapłanem. Tysiące uczniów, którzy w ciągu przeszło ćwierci wieku studyowali anatomią pod przewodnictwem ś. p. T., bez względu na większą lub mniejszą osobistą sympatyą — nawet ci, którzy z natury rzeczy mogli mieć żal do profesora — czcili i szanowali w Nim męża wielkiego w nauce, stanowczego i sprawiedliwego w sądzie. A bynajmniej nie schlebiał On uczniom swoim, prawie nigdy nie pochwalił, częstokroć skarcił. Mimo to a właśnie raczej dlatego, cieszył się ś. p. T. ogólną sympatyą wśród młodzieży akademickiej a medycy dumni bywali, że słuchają wykładów takiego mistrza.

T. w nauczaniu anatomii kierował się zasadą, że uczniowie powinni przedewszystkiem przyswoić sobie całość tej nauki, obfitującej w mnóstwo rozlicznych szczegółów jako podstawę do studyów lekarskich. Nie zniewalał też studentów medycyny do przedsiębrania specyalnych prac i badań w dziedzinie anatomii, któremiby potem Instytut pod Jego przewodnictwem zostający mógł się chlubić, lecz dbał o to, aby młodzież przedewszystkiem zdobywała sobie te wiadomości anatomiczne, które są podstawą zawodowego wykształcenia lekarskiego.

To też młodzież akademicka, której sąd niezepsuty wolny jest od wszelkich ubocznych względów, niejednokrotnie składała hołd swemu Nauczycielowi za życia; ona też właśnie dała inicyatywę do uroczystości, którą w dniu 3. Lipca 1886. obchodzono jubileusz 25-letniej działalności Jego jako Profesora Uniwersytetu Jagiel.

Uczniowie ś. p. Teichmanna pamiętać o Nim będą i z wdzięcznością wspominać przez całe swoje życie; zdobycze naukowe imię Teichmanna uczyniły nieśmiertelnem.

Prof. Dr. Henryk Kadyi.

Ś. p. prof. Dr. **Ludwik Teichmann** ogłosił następujące prace:

1. Über Krystallisation der organischen Bestandtheile des Blutes w Pfeufer's und Henle's Zeitschrift für ration. Medicin. T. III. 1853.
2. Zur Lehre von den Ganglien. Inaug. Dissert. Mit einer Kupfertafel. Göttingen 1856.
3. Über das Haematin w Pfeufer's und Henle's Zeitschrift für rationelle Medizin. T. VIII. 1856.
4. Das Saugadern-System vom anatomischen Standpunkte in 4°, mit 18 Kupfertafeln. Leipzig, Engelmann 1861.
5. Badania anatomiczne w przedmiocie objętości komórek sercowych. Rocznik Tow. naukowego krak. T. VIII. 1864.
6. O wartości niektórych nowszych badań chłonic tudzież o naczyniach limfatycznych krtani. Rocznik Tow. nauk. krak. T. XIX. 1871.
7. Die Lymphgefässe des Kehlkopfes. mit 1 Tafel, w H. Luschka: „Der Kehlkopf des Menschen". Tübingen 1871. in 4°.
8. Kit jako masa injekcyjna i sposób nastrzykiwania tą masą. Rozprawy Akademii Umiej. Wydziału mat.-przyr. T. VII. Kraków 1880.
9. O ujściu chłonic do żył u człowieka (tymczasowa wiadomość). Rozprawy Akad. Umiej. Wydział mat.-przyr. T. XV. Kraków 1887.
10. Trzy rzadkie nieprawidłowości, które spowodowały głuchotę, z tablicą. *Gazeta lekarska*. Warszawa 1886.
11. Über Knochenmaceration nach eigenen Erfahrungen. Anatomischer Anzeiger. II. Jahrg. 1887. Nr. 14 i 15.
12. Über Conservation des Gehirnes mittelst Weingeist und Terpentinoel. Wiener klin. Wochenschrift 1892. Nr. 9.
13. Naczynia limfatyczne w słoniowacinie (*Elephantiasis Arabum*), wielka 8-ka, str. 51 i 5 tablic w wielkiej 4-ce. Monografia wydana przez Akad. Umiej. w Krakowie 1892.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego
(ectopia vesicae).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

I-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895. roku).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Myśl przeprowadzona w operacyi Sonnenburga, przeszczepienie końców moczowodów po wycięciu całkowitem pęcherza w inne miejsce, ostatniemi laty porusza umysły chirurgów z innych powodów. Idzie tu mianowicie o postępowanie w tych przypadkach, gdzie z powodu nowotworów wyciąć należy cały pęcherz lub część jego dolną z trójkątem Lieutauda, lub też gdzie w przebiegu operacyi w miednicy małej umyślnie czy przypadkiem przecięto moczowód; jakie ma być dalsze postępowanie i co należy zrobić z przeciętym końcem jednego czy dwu moczowodów?

Wobec wielkiej doniosłości sprawy dla życia chorych zwrócono się dla rozstrzygnięcia jej i wyrobienia pewnej metody postępowania do badań doświadczalnych na zwierzętach. Jedno z właściwszych i bardziej pociągających rozwiązań tej sprawy przedstawia wszycie końca moczowodu do odbytnicy. Takie rozwiązanie w razie dobrego wyniku byłoby dla chorego najpomyślniejszem, gdyż nie narażałoby go na tak przykre kalectwo, jakiem są następstwa wszycia moczowodu do ściany brzusznej. Doświadczenia jednakże na zwierzętach wypadły niebardzo zachęcająco. Początkowe badania Glucka i Zellera, Bardenheuera i Tuffiera dały wyniki zupełnie niekorzystne i zwierzęta prawie zawsze padały albo wskutek nieutrzymania się szwu w ścianie kiszki i zapalenia otrzewny, albo, co ważniejsza, skutkiem zakażenia z jelit moczowodów i nerek (*pyelonephritis ascendens*). Podobnie niepomyślne były wyniki doświadczeń Rościszewskiego, robionych przed kilku laty w pracowni naszej kliniki. To też Tuffier[12]) bardzo sceptycznie zapatruje się na wartość praktyczną tej operacyi. Thomas Smits[13]), który w jednym przypadku klinicznym wszył moczowody do *colon* z wynikiem śmiertelnym, wyraża podobne zdanie, twierdząc, że nietylko bezpośrednie zakażenie grozi nerkom, ale i wpływ gazów kiszkowych jest bardzo szkodliwy na miąższ tych narządów. Jeszcze pessymistyczniej zapatruje się Harrison[13]), zapewniający, iż gdyby nawet operacya w zupełności się udała i nerki nic na tem nie cierpiały, to i tak byłaby najzupełniej bezcelową i szkodliwą, gdyż odbytnica nigdy nie byłaby w stanie pełnić takiej podwójnej roli i wskutek drażniącego działania moczu musiałyby powstać ciężkie zaburzenia w jej ścianach. Nawet Albarran[14]) w dziele swem o guzach pęcherza twierdzi, że „gdybyśmy nie mogli przeszczepić moczowodów gdzieindziej, jak do *rectum*, to lepiej byłoby pozwolić chorym umrzeć spokojnie, niż bez żadnej korzyści przyspieszać ich koniec"; jako te inne drogi, poleca przenoszenie do ścian brzusznych lub pochwy, zdaniem jego daleko bezpieczniejsze.

Pomimo to wszystko, jak należało się spodziewać, z ulepszeniem techniki operacyjnej i postępowania aseptycznego zmieniły się ku lepszemu i wyniki tych operacyj. Novaro z zupełnem powodzeniem przeszczepił psu obydwa moczowody do odbytnicy; jeszcze lepsze otrzymali wyniki Reed i Thomson. Pierwszy z nich dowodzi, że wszczepianie moczowodów do *rectum* jest łatwo wykonalne, mocz zaś nie sprawia drażnienia błony śluzowej i nie wpływa na zwięk-

[12]) La greffe des ureteres dans l'intestin. Ann. des mal. des org. génit.-urin. 1888. str. 241.

[13]) Według Maydla. Wien. med. Wochschr. 1894. 27.

[14]) Les tumeurs de la vessie. Paris 1892.

szenie częstości oddawania stolca. Wreszcie Chaput u jednej chorej, gdzie podczas operacyi (*amputatio uteri*) przecięto moczowód, wszył górny jego koniec do kiszki prostej z zupełnie dobrym wynikiem.

W zajmującej nas sprawie leczenia *ectopiae vesicae* pierwszym, który powziął ten nader śmiały i świetny pomysł skierowania prądu wydzielającego się moczu do odbytnicy, był Simon[15]). Tę godną uwagi operacyę wykonał on w sposób następujący: Odpowiednio zakrzywiony cewnik, zakończony ostrą igłą, nawleczoną nitką jedwabną, wprowadził on do otworu moczowodu, wsunął jak najdalej ku górze i zwróciwszy ostrze ku odbytnicy, przebił ścianę moczowodu i tej kiszki (pozaotrzewnowo) i wysunął nitkę przez otwór stolcowy na zewnątrz. W taki sam sposób przeprowadził drugą nitkę, mniej więcej o 2 cm. poniżej pierwszej, związał obadwa końce wystające ze stolca, poczem, naciągając przednie końce nitek cofnął tylne końce aż do ściany *recti*, wreszcie od strony moczowodu związał nitki mocno w pętlę, która w ten sposób obejmowała wąski pas ściany moczowodu i odbytnicy. Przez coraz mocniejsze zaciskanie pętli doprowadził do obumarcia znajdujące się w niej części miękkie tak, iż powstało połączenie obu świateł moczowodu i jelita prostego.

Utworzenie obszernej komunikacyi pomiędzy obydwoma moczowodami i odbytnicą umożliwiało wypływ moczu wprost do kiszki, pozwalając z czasem na zupełne zamknięcie końców moczowodów od strony pęcherza i zniesienie w ten lub inny sposób samego wynicowania.

Metodę swą zastósował Simon raz jeden u chłopca 13-letniego, który żył po operacyi przeszło rok i zmarł wskutek cierpienia moczowodów z powodu licznych złogów i zapalenia otrzewny, powstałego w następstwie infiltracyi moczowej w miejscu połączeń ścian obu narządów.

Sposób Simona znalazł wielu zwolenników i naśladowców, większość jednak podanych modyfikacyj jest znacznie gorsza od pierwowzoru i większość też wykonanych operacyj nie dała pomyślnych wyników. Operacya Lloyda, powtórzona później przez Johnsona, różni się tem od poprzedniej, że zapomocą takiej samej pętli tworzy się połączenie nie pomiędzy moczowodem, lecz pomiędzy samym pęcherzem a jelitem. Rzecz prosta, że przy takiem postępowaniu mocz w dalszym ciągu leje się ciągle na zewnątrz. Holmes, aby uniknąć zakażenia otrzewny, łączył moczowody z *rectum* wygiętą rurką metalową, przeprowadzoną przez tkanki międzykrocza; połączenie to jednakże utrzymywało się dopóty, dopóki znajdowała się rurka, po usunięciu zaś jej ta długa przetoka zarastała.

Niepomyślne w ogóle wyniki tej ostatniej grupy metod operacyjnych zniechęciły na czas jakiś chirurgów do wykonywania radykalnych zabiegów w leczeniu wynicowania pęcherza i zwróciły ich więcej do obrabiania i ulepszania metod plastycznych. Tak powstały nowsze sposoby Trendelenburga, Rydygiera, Sonnenburga i innych, o których mówiliśmy wyżej. Dopiero przed paru laty Maydl[16]), zachęcony znacznie lepszymi rezultatami nowszych badań doświadczalnych (Novaro, Reed) i spostrzeżeń klinicznych (Chaput, Tuffier), zastósował radykalny sposób operowania *ectopiae vesicae* w dwóch przypadkach, wycinając ścianę wywiniętego pęcherza i wszywając moczowody do odbytnicy. Do tego ostatniego postępowania wprowadził on bardzo ważną, zdaniem mojem, zmianę. Mianowicie przy wycinaniu pęcherza nie oddzielił on moczowodów, każdego z osobna i nie wszywał ich oddzielnie do *rectum*, jak to zwykle robiono, lecz z całej ściany pęcherza wykroił przez całą jej grubość elipsę wraz z otworami moczowodów, stanowiących w ten sposób jedną z nią całość i wszył ją do podłużnego otworu w *rectum*. W ten sposób zyskuje się dwie ważne, sprzyjające okoliczności: 1. dzięki nieoddzielaniu moczowodów nie ucierpiało ich odżywianie a więc i lepsze powstały szanse zrośnięcia w nowem miejscu, 2. otwory moczowodów pozostały normalne, t. j. zupełnie te same, co w pęcherzu, co zdaje mi się, stanowi ważną ochronę przeciw dostawaniu się z powrotem do nich z jelita płynnych mas, grożących zakażeniem. Postępowanie to zastósował Maydl bez poprzednich doświadczeń i wypróbowania na zwierzętach wprost w przypadkach klinicznych u ludzi. Pomimo tak ryzykownego zabiegu wynik oba razy był pomyślny.

W pierwszym z nich, 20-letni chłopiec, dotknięty wynicowaniem znacznego stopnia, operowany był w roku 1892. Pomimo niektórych usterek w samej operacyi, jak przecięcia dużego naczynia, towarzyszącego moczowodowi, przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry. Ubytek w dolnej części brzucha pokrył Maydl dwoma płatami skórnymi z sąsiedztwa. Mocz wydzielany okresowo z otworu stolcowego ani ilościowo ani jakościowo nie przedstawiał ważniejszych zboczeń. W drugim przypadku podobne postępowanie zastósował Maydl u dziewczyny 12-letniej, która już poprzednio operowana była 4 razy różnymi innymi sposobami. Zarówno i tu przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Chora powoli przyzwyczaiła się do okresowego oddawania moczu bez żadnych objawów chorobowych ze strony odbytnicy.

Podobnej metody operacyjnej użyłem i ja w jednym przypadku wynicowania pęcherza w naszej klinice, łaskawie mi przez prof. Rydygiera oddanym. Historya choroby tego przypadku przedstawia się następująco.

Jan T., 24-letni wyrobnik z Królestwa Polskiego. Od urodzenia dotknięty jest cierpieniem pęcherza. Rodziców stracił dość wcześnie; ma pięcioro rodzeństwa zdrowych zupełnie, sam żadnych cięższych chorób nie przechodził. W rodzinie ani bliższej ani dalszej, o ile mu wiadomo, nigdy podobnego cierpienia nie było.

Mężczyzna niskiego wzrostu, mocnej budowy, mięśnie i podściółka tłuszczowa rozwinięte dobrze. Narządy klatki piersiowej przedstawiają się zupełnie prawidłowo. Na przedniej powierzchni brzucha, w dolnej części, tuż powyżej brzegu kości łonowych widać ciało guzowate, wielkości i kształtu średniej pomarańczy, barwy ciemno-czerwonej, pokryte błoną śluzową wilgotną i miejscami owrzodziałą. W dolnej połowie guza niedaleko brzegów zewnętrznych błona śluzowa tworzy dwa niewielkie wzniesienia stożkowate, mające na wierzchołkach otworki, z których od czasu do czasu wypływają krople moczu. Pod uciskiem palca cały guz cofa się i może być wprowadzony do jamy brzusznej, tworząc półkoliste zagłębienie. Ku dołowi guz nieco się zwęża i w kształcie wąskiego pasa błony śluzowej przechodzi w drugie ciało guzowate kształtu poprzecznie owalnego, dające się wydłużyć ku dołowi, na którego górnej powierzchni ciągnie się w podłuż rowek. Jest to nierozwinięte prącie wraz z żołędzią, mające zaledwo 4 cm. długości; ciało to u dołu oddzielone jest poprzecznym rowkiem od dość grubego fałdu skórnego, zwisającego ku dołowi, stanowiącego napletek (*praeputium*). Jeszcze niżej i ku tyłowi znajdują się moszna w kształcie poprzecz-

[15]) Transactions of the pathological Society. T. VI. str 256.
[16]) Ueber die Radicaltherapie der Ectopia vesicae urinariae. (Wien. medicin. Wochenschrift. 1894. 25—29).

nych ciał wałkowatych, w których obmacywaniem stwierdzić możemy obecność jąder w położeniu zwykłem, wielkością nie różniących się od normalnych. Na skórze moszen przebiega w pośrodku wybitnie zaznaczająca się linia szwu (*raphe*). Skóra tych okolic nieco zmacerowana ma barwę brudno-czerwonawą. Brzegi wywiniętej błony śluzowej pęcherza wyraźnie odgraniczone są od brzegów skóry, z któremi są złączone bezpośrednio. Powyżej górnego brzegu pęcherza skóra brzucha przedstawia się zupełnie gładko i nie widać nigdzie śladów blizny pępkowej.

Obie kości łonowe nie zrosłe i oddalone są od siebie na 6 cm.; cała miednica szeroka, lecz ma kształt bardziej płaski w porównaniu do normalnych męskich. Czynności narządów jamy brzusznej zupełnie prawidłowe; chory ma stolce regularnie co dzień, niekiedy nawet dwa razy dziennie. Mocz, zebrany za pomocą cewników moczowodowych, przedstawia ciecz blado-żółtą o własnościach i składnikach zupełnie prawidłowych. Waga chorego 62 kgr.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z pracowni Zakładu higienicznego profesora Bujwida w Krakowie.

O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa.

Napisał
Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

W 15 przypadkach nieżytu przewlekłego zanikowego z cuchnieniem lub i bez niego znalazłem w każdym prątek otoczkowy. Loewenberg w znacznej liczbie przypadków, które badał, znajdywał go zawsze, Abel na 16 przypadków badanych znalazł go 16 razy a wreszcie i Paulsen na 51 przypadków znalazł go we wszystkich, nie mogąc podobnie jak Abel, Loewenberg i ja, znaleść go w nosie prawidłowym lub w ogóle w nosach dotkniętych zmianami chorobowemi innemi, jak zanik. Tu nawiasowo wspomnieć muszę, iż wydzielinę z nosa, idąc za radą prof. Bujwida, szczepiłem wprost na agar-agar a nawet i w tych razach, gdzie dla otrzymania czystej hodowli musiałem rozdzielać bakterye, robiłem to na agarze, biorąc igiełką odrobinę nieczystej hodowli do wody sterylizowanej, zkąd również igiełką raz tylko do wody zanurzoną robiłem 4 do 5 pociągnięć na skośnym agarze, stósownie do szerokości probówki. Ten sposób szczepienia w ogóle jak i rozdzielenia okazał się bardzo szybkim i praktycznym, nie mogąc się równać z długotrwałem postępowaniem na płytkach z żelatyny. Wyniki otrzymane w moich przypadkach, obok braku ich zupełnego w pozostałych 25, względnie 35 przypadkach, są aż nadto dowodem, iż musi istnieć pewien związek przyczynowy pomiędzy obecnością prątka otoczkowego w nosie a zmianami zanikowemi. Prątek, który ja znalazłem, przedstawiał te same własności, co opisany przez Loewenberga i przez niego nazwany: *le microbe de l' ozène*, co *bacillus mucosus ozaenae* Abela a wreszcie i Paulsena, który zalicza go również do ogólnej grupy tak zwanej: *Schleimbildenden Bakterien*. Z własności prątka Loewenberga wymieniłbym jedną, której nie wspomina Loewenberg, na którą jednak zwraca uwagę Abel a którą sam we wszystkich przypadkach widziałem, mianowicie, iż prątek hodowany na bulionie, już w hodowli z 24 godzin, tworzy na ścianie probówki w miejscu, gdzie jest powierzchnia bulionu, obrączkę białą, która następnie rozszerza się na powierzchnię bulionu, mogąc całą pokryć, gdy bulion stosunkowo powoli mąci się. Warstwa ta biała składa się z samych bakteryj; bakterye te zresztą rosną dobrze i bez dostępu powietrza (tlenowce względne), choć wzrost ich nie jest tak szybki. Chcąc się przekonać, w jakim odczynie pożywki prątek Loewenberga rozwija się najlepiej i czy nie zmienia odczynu pożywki, postępowałem w sposób następujący: Przygotowałem sobie bulion obojętny, zabarwiłem go roztworem lakmusu, szczepiąc na nim prątek ozeny a dla porównania i prątek twardzieli. Prątek rozwijał się zupełnie dobrze, już 2. jednak lub 3. dnia lakmus zaczynał zmieniać swą barwę na różową, w końcu słabo czerwona a gdy hodowle jeszcze dłużej postały, barwa ta zaczęła ustępować, aż wreszcie bulion przybrał kolor zupełnie prawidłowy. Dalej bulion obojętny zakwaszałem kwasem mlekowym; wzrost prątka otoczkowego do pewnej granicy (1‰) zachowywał się bez zmian, już nieco silniejsza jednak kwasota wstrzymywała jego rozwój, aż w końcu w 3‰ nie rozwijał się wcale. W ten sam sposób postępowałem z prątkiem twardzieli, o czem poniżej. Z tego widzimy, iż prątek ozeny rozwija się równie dobrze na pożywce obojętnej, jak i kwaśnej. Chorobotwórczość dla myszy białej wykazałem we wszystkich przypadkach a nadto żywotność chorobotwórczą z hodowli 2 i 4 miesiące mającej, nie tracącej wcale na chorobotwórczości dla myszy, którą Abel wykazał nawet z hodowli 6 miesięcy mającej. Dalej szczepiłem myszom dwa dalsze pokolenia bakteryj, to znaczy, bakterye otrzymane z krwi myszy pierwszej padłej, szczepiłem drugiej, z tej trzeciej, mogąc się przekonać o niezwykłej chorobotwórczości tych bakteryj dla myszy białej. Co do czasu, w którym myszy po zaszczepieniu padały, to raz tylko wynosił on 24 godzin, (była to myszka zupełnie młoda), zresztą przeważnie czwartego, piątego a kilka razy i szóstego dnia po wstrzyknięciu pod skórę, za każdym razem 0·2 cm.^{3} dwudniowej hodowli bulionowej. We wszystkich przypadkach w miejscu zaszczepienia tworzył się zbity naciek włóknikowy, zawierający bakterye z otoczkami, którego brak było jedynie w przypadku jednym, gdzie mysz padła po 24 godzinach; dalej mieliśmy zawsze ostry obrzęk śledziony i tak w śledzionie jak i w ogóle we krwi mnóstwo bakteryj z otoczkami. Świnka morska jak i królik nie oddziaływały za wstrzyknięciem pod skórę 1 cm.^{3} również dwudniowej hodowli bulionowej, wstrzyknięcie zaś śwince tej samej dawki do jamy brzusznej sprowadzało po 2 do 3 dniach śmierć zwierzęcia na zapalenie otrzewny, mogąc w wypocinie wykazać bakterye. Abel podaje, iż świnka morska w razie wstrzyknięcia podskórnego zachowuje się niejednako a pada zawsze za wstrzyknięciem do brzucha; królik opiera się zupełnie szczepieniu, podobnie chomik i gołąb. Według Paulsena padają w razie injekcyj podskórnych jedynie myszy świnka zaś, królik i gołąb nie oddziaływają. Przy barwieniu metodą Grama odbarwiają się bakterye otoczkowe ozeny, na co Loewenberg, Abel i Paulsen zwracają uwagę. Ze względu na możność związku przyczynowego między bakteryą otoczkową a zanikiem na jedno jeszcze muszę zwrócić uwagę, iż bakterye te znajdują się w wydzielinie zawsze w niezliczonej ilości tak, iż bardzo często, podobnie jak w twardzieli, już przy pierwszym szczepieniu z wydzieliny na agar-agar otrzy-

mujemy czyste zupełnie lub mało zanieczyszczone hodowle. Nie będę ponownie przytaczał różnic wyraźnych między bakteryą otoczkową w mowie będącą a bakteryą Friedlandera; to tylko dodam, iż tę ostatnią w ogóle napotyka się bardzo rzadko w wydzielinie nosa; ja ją znalazłem raz jeden w nieżycie zwykłym nosa a raz drugi badanie wykazało, iż był to *bacillus crassus sputigenus*, mający zresztą pewne podobieństwo do prątka Friedländera. Bakteryj ropnych, z wyjątkiem jednego przypadku ropienia z komórek sitowych nie znalazłem, podobnie jak Abel, nigdy w wydzielinie nosa.

Znalezienie bakteryj otoczkowych w przypadkach nieżytów z zanikiem, nie tłómaczy nam jeszcze istoty ozeny, to jest cuchnienia. Już wyżej wspomniałem, iż bakterye otoczkowe na żadnej z pożywek nie wywiązują odrażającej woni, właściwej ozenie, ale owszem, iż woń ich jest wcale przyjemną, która i jabym porównał najwięcej do woni przypominającej kiśnienie słodu. Zależy to zresztą wiele od pożywki; najsilniejsza woń wywiązywała się zawsze z pożywki agarowej i utrzymywała się przez długi czas, stając się w starej hodowli agarowej znów więcej zbliżoną do woni wosku otrzymywanego z miodu. Gdyby bakterye otoczkowe znajdywały się jedynie w zaniku cuchnącym a nie było ich w zwykłym zaniku, to brak cuchnienia ich na pożywkach mógłby być pozornym zarzutem przeciw ich znaczeniu przyczynowemu; gdy się jednak rzecz ma odwrotnie, to owszem brak cuchnienia przemawia tylko za.

Cuchnienie towarzyszące zanikowi w ozenie, jak już wspomniałem, odnosi Loewenberg do działania chemicznego, Abel przypuszcza, że błona śluzowa dotknięta zmianami przewlekłego zapalenia wydziela treść łatwo zdolną do rozkładu, Paulsen pozostawia kwestyę cuchnienia nie rozwiązaną, Hajek obwinia o cuchnienie prątek, który często znajdywał, z drugiej strony Rethi uważa za przyczynę cuchnienia zmiany tłuszczowe, względnie rozkład kwasów tłuszczowych w gruczołach tak, iż wydzielina ta dostając się na powierzchnię, już ma własności cuchnące; większość wreszcie cuchnienie w ozenie odnosi do bakteryj gnilnych. Na podstawie własnych badań, które dążyły do wyszukania przyczyny w bakteryach, przyszedłem do przekonania, iż żadnej charakterystycznej bakteryi cuchnącej, którąby w każdym razie znaleść można, nie ma. W swoich siedmiu przypadkach ozeny znalazłem jednak bakterye cuchnące 6 razy, w dwóch gatunkach, z których zwłaszcza jeden znaleziony w czterech przypadkach wywiązywał woń nadzwyczaj zbliżoną do woni w ozenie. Ten ostatni z nich przedstawiał się, jako cienkie, dość krótkie prątki, bardzo często w dwójkach a nawet w łańcuszkach; prątek ten ruchów nie okazuje, na agarze rozwija się szybko jako dość gruby nalot, szarawy, wilgotny, nieciągnący się. Kłótą żelatynę rozpuszcza bardzo powoli w postaci cylindra spuszczającego się w dół, zabarwiając żelatynę na kolor brunatny, mętny. Na bulionie nic charakterystycznego; na ziemniaku rosnąc szybko w ciepłocie pokojowej, rozlewa się po powierzchni w postaci wilgotnej, żółtawej masy. Dla myszy białej nie chorobotwórczy.

Inny z nich przedstawia się jako prątek krótki, gruby, również bardzo często w dwójkach, ruszający się żywo; na agarze tworzy dość gruby, szarawo-biały, wilgotny, nie ciągnący się pokład; kłótą żelatynę rozpuszcza powoli w formie jednostajnego cylindra, żelatyny nie zabarwia. Na bulionie nic szczególnego, na ziemniaku rośnie jedynie w miejscu zaszczepienia, jako pokład wilgotny o barwie lekko brunatnej. Dla myszy białej nie chorobotwórczy; prątek ten, bardzo podobny do prątka Hajeka, przy tej ostatniej próbie okazał się jako odmienny.

W przypadku cuchnienia z nosa w zmianach kiłowych trzeciorzędnych nie mogłem znaleść żadnych bakteryj cuchnących, w pięciu zaś przypadkach twardzieli nosa z cuchnieniem, znalazłem za każdym razem bakterye cuchnące, trzy razy zupełnie te same, co i powyżej, jako drugie opisane, inne dwa razy; prątki były smukłe dość długie, ruszające się żywo, łączące się nieraz po dwa i w łańcuszki. Prątek ten na agarze daje nalot cienki, jakby pomarszczony, szarawo-biały, suchy. Kłótą żelatynę rozpuszcza zwolna, początkowo w formie lekkiego zagłębienia, przechodzącego następnie w cylinder obejmujący całą żelatynę, zabarwiając ją na zielono. Na ziemniaku nie rozwija się wcale mimo ciepłoty termostatu. Dla myszy białej nie chorobotwórczy.

(Dokończenie nastąpi).

IV.

List do redakcyi.

W r. 1895. na jednem z posiedzeń Towarzystwa przyrodników imienia Kopernika przedstawiał Dr. Wehr najważniejsze właściwości aldehidu mrówkowego, zwracając przedewszystkiem uwagę na jego własność konserwującą i stwardniającą. Przy wykładzie powiedział Dr. Wehr, że od roku 1893, kiedy zaczął robić próby z tym związkiem, nie miał kataru. Ponieważ wówczas byłem dotknięty mocnym katarem błony śluzowej nosa, wziąłem do rąk flaszkę z płynem i kilka razy wciągnąłem w siebie parę formaldehidu. Ze zdumieniem największem zauważyłem, że wysięk nosowy zmniejszył się prawie natychmiast i do drugiego dnia katar ustał zupełnie. Postarałem się więc natychmiast o ten płyn, działający tak skutecznie i zastosowałem go u swoich dzieci i u siebie i zawsze doznawałem, jeżeli nie natychmiastowej ulgi, to bardzo prędkiego i nader znacznego polepszenia.

Z uwagi, że błony śluzowe nosa, tchawicy i oskrzeli mają jednakową strukturę, przyszło mi na myśl, czy nie dałoby się za pomocą wdychiwania pary formaldehidu podziałać na te głębsze błony w taki sam sposób, jak na błony nosowe. Zajmując się praktyką lekarską tylko dorywczo i nie mając większego materyału do doświadczeń, prosiłem kolegów moich szpitalnych popróbować wąchania formaldehidu w przypadkach zadawnionych, chronicznych katarów płuc i otrzymałem obietnicę, iż spełnią mą prośbę.

Tymczasem zdarzyło się, że jeden z wyższych urzędników Wydziału krajowego, p. P., dotknięty od lat wielu katarem chronicznym szczytów płuc i nie mogący pozbyć się jego ani za pomocą leków, ani przez klimatyczne leczenie, radził się mnie, co ma robić? Zwróciłem uwagę jego na działanie formaldehidu na mnie i na dzieci moje i radziłem mu popróbować ostrożnie na sobie tego środka. W parę tygodni potem wróciwszy z inspekcyi szpitali, w czasie której mocno się przeziębiłem i dostałem kataru, gorączki, kaszlu, znowu uciekłem się do formaldehidu i do paru dni niemiłe przypadłości, które zwykle męczą człowieka kilka tygodni, zupełnie ustąpiły. Ale jakież było moje wewnętrzne zadowo-

lenie, gdy urzędnik, o którym wyżej wspomniałem, przyszedł do mnie z podziękowaniem, uradowany niezmiernie, że środek przezemnie polecony okazał na nim działanie zdumiewające. Oddychał on nosem trzy razy dziennie po parę minut z rzędu i zaraz doznał zbawiennych skutków tego leczenia, przedewszystkiem kaszel zmniejszył się nadzwyczajnie, odplwanie śluzu stało się łatwiejszem i mniej obfitem a łechtanie w gardle, za oddechem pobudzające do kaszlu nikło natychmiast po powąchaniu. Toż samo zauważyłem na sobie; nie należy tylko wciągnąwszy parę formaldehidu wypuszczać ją ustami, bo pary te drażniąc gruczoły ślinne, wywołują mocne ślinienie.

Zwracam uwagę Szanownych Kolegów praktyków na ten lek, upraszając o wypróbowanie go, bo zdaje się, że w nim można będzie znaleść bardzo skuteczny środek do leczenia zadawnionych katarów płucnych, które nie poddają się żadnemu leczeniu.

J. Stella-Sawicki.

28. Września 1895 r. we Lwowie.

V. Oceny i sprawozdania.

L. Piskaček (Dr. prof.): **Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammencurses und Nachschlagebuch für Hebammen.** Str. 227, rycin 84. Wiedeń i Lipsk 1896 r. Nakład W. Braumüllera i Syna.

Treść swego podręcznika podzielił autor na cztery części. Pierwsza zawiera ogólny opis ciała ludzkiego, druga mieści opis prawidłowej miednicy i części rodnych kobiecych, w trzeciej części przedstawił autor prawidłowy przebieg ciąży, porodu i połogu, jakoteż uwagi o pielęgnowaniu noworodków; stósunki zaś nieprawidłowe i wszelkie zboczenia u osób ciężarnych, rodzących, położnic i noworodków, przedstawił autor w części czwartej.

Na początku podręcznika zamieszczony wstęp zaznajamia w krótkich słowach jak i czem należy oczyszczać i odrażać ręce i narzędzia, jak należy mierzyć ciepłotę ciała i t. d.

Bardzo słusznie występuje autor stanowczo przeciwko używaniu wazeliny lub oliwy karbolowej przy badaniu przez pochwę, polecając natomiast 2% roztwór lizolu do odrażania rąk. Dalej stara się autor zwrócić jak największą uwagę na badanie zewnętrzne, zalecając ograniczyć badanie przez pochwę. Do użytku położnych zaleca autor tylko cewniki metalowe, ponieważ tylko te przez wygotowanie dokładnie wyjałowić można, oprócz zaś tego posiadają one tę ważną zaletę, że są trwałe. Nie poleca autor wcale położnym zaopatrywania się w różne krople, jak krople cynamonowe lub Hoffmanna, twierdząc słusznie, iż podawanie takich kropel pożytku chorym nie przynosi, pozostawianie zaś leków w ogóle w rękach położnych daje im sposobność do rozległego ich stósowania na własną rękę, bez potrzeby. Natomiast przepisuje autor, aby każda położna obowiązkowo oprócz zwykłych swych przyborów i narzędzi posiadała biały fartuch z rękawami, któryby całą suknię pokrywał, ciepłomierz do kąpieli i nożyczki do paznogci.

Nie całkiem zrozumiałem jest jednak, dlaczego autor, str. 59. wiersz drugi i trzeci z góry, poleca z zasady badać przez pochwę dwoma palcami wskazującym i średnim a wyjątkowo tylko wskazującym, dlaczego przy dawaniu lawatyw, str. 61. w połowie stronnicy, poleca ułożyć chorą na bok lewy i t. d.

Całość napisana przystępnie i bardzo zrozumiale, czyta się nadzwyczaj łatwo, przedewszystkiem zaś zasługuje na uwagę jasne i zwięzłe a przytem dokładne przedstawienie rzeczy, zamieszczony zaś na końcu słowniczek, *Schlagwörter-Verzeichniss* ułatwia wyszukanie odpowiedniego rozdziału. Wydanie staranne, druk bardzo wyraźny i czytelny, papier dobry.

Dr. Kośmiński.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

L. p. 29. W. M., zamężna, ze Starego Sącza. *Pyosalpinx.* Leczenie: *Sutura parietis pyosalpingitis cum peritoneo parietali, incisio.*

Wywiady: Rodziła raz w Grudniu 1892 r.; poród i połóg prawidłowy. W Czerwcu 1893, w trzy dni po spadnięciu do dosyć głębokiego rowu, miały wystąpić mdłości, wymioty, silne bóle dołem i w krzyżach, które utrzymywały się przez trzy dni. W kilka dni potem zauważyła chora, że w dolnej części brzucha tworzy się wypuklenie, które do pewnego czasu, bliżej przez chorą nieoznaczonego miało się powiększać a równocześnie wystąpiły dreszcze i gorączka. W jakiś czas potem ze stolcem zaczęła odpływać ropa. Regularność, która zawsze była prawidłową, wystąpiła po porodzie raz w Sierpniu 1893. Upławów nie ma.

Stan obecny: Ciepłota podwyższona, tętno przyśpieszone. Brzuch nad spojeniem łonowem wypuklony przez tumor wielkości głowy noworodka, o powierzchni gładkiej, niebolesny, nieporuszalny, okazujący wyraźne chełbotanie. Guz ten nie dający się od dołu odgraniczyć sięga do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem a na boki rozchodzi się jednostajnie na szerokość 4 palców poza linię środkową. Pochwa szeroka, krótka; część pochwowa na falangę długa, twardsza. Przez przednie sklepienie wyczuwa się dolny odcinek tumoru powyżej opisanego, przez tylne zaś opór rozlany, ciastowaty, bolesny. Macicy wybadać nie można. Badanie przez odbytnicę wykazuje w zatoce Douglasa opór ciastowaty, bolesny a ponad tem wypuklenie przedniej ściany *rectum* przez guz powyżej opisany. Ponad trzecim zwieraczem na przedniej ścianie odbytnicy i nieco na lewo na największej wypukłości wyczuwa się mały otworek o brzegach wywiniętych.

Od 17. Grudnia do 18. Stycznia chora znajdowała się w obserwacyi. Przez ten czas chora gorączkowała (typ gorączki całkiem nieregularny) a tętno zachowywało się odpowiednio do ciepłoty. Czasami miewała dreszcze i obfite poty. W stolcu zauważono kilkakrotnie ropę.

18. Stycznia wykonano operacyą. Po rozcięciu powłok brzusznych na długość 5—6 cm. pokazało się, że mamy do czynienia z guzem elastycznym, z przodu postronkowatym i zrostami z siecią połączonym, o ścianach cienkich, przeświecających. Stósunków topograficznych bliżej nie badano z obawy pęknięcia guza, w którym punkcya przed operacyą wykonana wykazała ropę. Chcąc uniknąć dostania się ropy do jamy brzusznej po nacięciu guza, wszyto ścianę guza w ranę brzuszną po oddzieleniu poprzedniem sieci i założono opatrunek antyseptyczny, odkładając nacięcie do czasu, w którymby nastąpiło dokładne zlepienie się ścian guza z otrzewną. 20. Stycznia bez narkozy nacięto ścianę guza, przyczem odpłynęła bardzo wielka ilość ropy. Całą jamę wystrzykano delikatnie 3% roztworem kwasu borowego, włożono do jamy seton z gazy jodoformowej i założono opatrunek antyseptyczny.

Od tego czasu dreszcze i gorączka już się więcej nie powtórzyły. Po operacyi przez jakiś czas z powodu bardzo obfitego ropienia zmieniano codziennie, później co drugi lub trzeci dzień opatrunek. Jama coraz więcej się zaciągała aż do wytworzenia się wąskiej przetoki około 12 cm. długiej,

która opierała się wszelakiemu leczeniu. Ponieważ chora chciała koniecznie udać się do domu i tam przeprowadzać dalsze leczenie, dlatego wypuszczono ją 3. Czerwca 1894 r. polecając jej zgłosić się po pewnym czasie do kliniki. Badanie przez pochwę w chwili opuszczenia kliniki wykazywało macicę w przodopochyleniu, prawidłową. Sonda wprowadzona przez przetokę idzie poza macicę i ku sklepieniu lewemu, przez które koniec jej da się wybadać. Jak się dowiadujemy, pacyentka jest obecnie zdrowa.

L. p. 100. S. J., lat 23, z Posady Górnej Rymanowskiej. *Retroflexio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva. Hydrosalpinx ambilateralis.* L e c z e n i e: *Salpingectomia ambilateralis. Castratio. Ventrofixatio uteri.*

W y w i a d y: Nie roniła, rodziła raz przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży przed czterema laty, poród bliźniaczy. W cztery tygodnie po porodzie wystąpiły mocne bóle dołem brzucha, które utrzymywały się przez kilkanaście dni. Od dwu lat czuje się chorą, przy pracy doznaje bólów dołem i w krzyżach, które mocniej występują podczas regularności. Spółkowanie od dłuższego czasu bardzo bolesne. Stolec często z bólami.

Badając wykazać można macicę w tyłozgięciu, mocno przyrosłą a obok niej porozszerzane i pokręcone trąbki. 28. Kwietnia po rozcięciu powłok brzusznych przeciągnięto przez przednią ścianę macicy podniesionej od strony pochwy nitkę jedwabną, za pomocą której przez cały przeciąg operacyi podtrzymywano macicę ku górze. Obie trąbki znacznie, bo do grubości małego palca porozszerzane, pokręcone, wraz z powiększonymi jajnikami (zwyrodnienie torbielkowate), ze wszystkich stron poprzyrastałe do sąsiedztwa z wielką trudnością oddzielono i odcięto, poczem uwolniona macicę wszyto w dolny brzeg rany. Przebieg pooperacyjny pomimo dwugodzinnego trwania operacyi całkiem prawidłowy.

20. Maja chora opuściła klinikę z małą wypociną po stronie prawej i od tyłu macicy w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłej do ściany brzusznej.

Przepisy, jakich trzymamy się przy wykonywaniu laparotomii są następujące:

Wszystkie laparotomie wykonywamy antyseptycznie. Jesteśmy wprawdzie zwolennikami operowania aseptycznego, niestety jednak tylko w teoryi, gdyż z powodu całkiem nieodpowiednio urządzonego i zbyt szczupłego lokalu klinicznego o zastosowaniu tego sposobu nie może być mowy. Narzędzia, których ma się użyć przy operacyi, gotuje się przez $^1/_2$ godziny w przyrządzie Skutscha, następnie trzyma się je podczas całej operacyi w $5^0/_0$ roczczynie kwasu karbolowego, zkąd wprost podaje się je operatorowi.

Do szycia i podwiązywania używa się tylko katgutu i jedwabiu odpowiednio przygotowanego. Jedwab gotuje się przez $^1/_2$ godziny w $5^0/_0$ roczczynie kwasu karbolowego a następnie przechowuje się go w takim samym płynie. Katgut moczy się przez 24 godzin w $1^0/_0$ roczczynie wyskokowym sublimatu, w którym katgut konserwuje się bardzo dobrze.

Do oczyszczania pola operacyjnego używamy wacików dobrze wygotowanych, przechowywanych w $5^0/_0$ roczczynie kwasu karbolowego a przed operacyą przeniesionych do $3^0/_0$ roczynu kwasu borowego. Do osłaniania jelit i oczyszczania jamy brzusznej dawniej używaliśmy kawałków gazy odtłuszczonej, wygotowanych w $3^0/_0$ wodzie borowej, obecnie zaś w płynie poleconym przez Walthard-Tavela [28] (*natrii carbonici calcinati 2 50, natrii chlorati 7 50, aquae destillatae 1000 0*). Do usypiania chorych podczas operacyi stosujemy chloroform z fabryki Mercka; w niektórych tylko przypadkach jak u osób bardzo osłabionych lub anemicznych stosuje się narkozę chloroformo-eterową lub czysto eterową.

Każda chora zostaje przed operacyą odpowiednio przygotowana. Na 24 godzin przed operacyą dostaje pełną kąpiel, w której przez posługaczkę mydłem zostaje oczyszczona i w tymże samym czasie podaje się chorej środek przeczyszczający i od tej chwili zachowuje chora dyetę ścisłą. Po oczyszczającej lewatywie na kilka godzin przed operacyą podaje się 15—20 kropel *tincturae laudani simplicis*. Przed samą operacyą po ogoleniu wzgórka łonowego powłoki brzuszne zostają jeszcze raz dokładnie oczyszczone (przez jednego z asystentów) najpierw eterem a następnie mydłem i $5^0/_0$ wodą karbolową, poczem roczczynem wodnym sublimatu $1^0/_0$. Okolice boczne brzucha i okolice przyległe zostają podczas operacyi pokryte kompresami płóciennymi, umaczanymi w $1^0/_0$ roczczynie wodnym sublimatu.

[28]) Centralblatt f. Gyn. 1894. Nr. 38.

Operuje się na stole operacyjnym (który chyba dlatego nosi to miano, że się na nim operuje, gdyż zresztą nie wiele się różni od zwykłego, drewnianego stołu). W przeważnej liczbie przypadków układa się chorą w położeniu zaleconem przez Trendelenburga. t. j. z krzyżami mocno do góry podniesionymi przez podłożenie kozła blaszanego Fritscha; w przypadkach tylko, gdzie dostęp do pola operacyjnego jest łatwy, w zwykłem ułożeniu grzbietowem. Powłoki brzuszne rozcina się w takiej długości, jakiej potrzeba do stworzenia sobie jak najlepszego przystępu do pola operacyjnego.

Po skończeniu operacyi zespaja się powłoki brzuszne głębokimi szwami jedwabnymi, węzełkowymi, ujmując w nie całą grubość powłok wraz z otrzewną i szwem powierzchownym skórnym, ciągnącym się, jedwabnym lub katgutowym. Następnie po dokładnem obmyciu i osuszeniu rany posypuje się ją mięszaniną dermatolową i pokrywa się suchą gazą jodoformową lub też umaczaną w $5^0/_0$ roczczynie kwasu karbolowego, gdy się dermatolu nie stosuje.

Na gazę daje się podkład z waty Brunsa i zakłada się opaskę flanelową.

Po operacyi, gdy chora uskarża się na silniejsze bóle, podaje się kilkanaście kropli *tincturae laudani simplicis* lub też stosuje się czopki z *extr. opii*. W razie prawidłowego przebiegu po skończeniu się trzeciej doby podaje się środek przeczyszczający (*oleum ricini* lub kalomel). Szwy wyjmujemy dosyć późno, bo dopiero około 10-go lub 12-go dnia: nie chcemy bowiem narażać się na rozejście się rany brzusznej z powodu zawczesnego wyjęcia szwów u chorych mało inteligentnych, nie przestrzegających bardzo rad lekarskich co do spokojnego zachowania się. Rozejście brzegów rany nie wydarza się wprawdzie zbyt często, ale nie należy także do rzeczy wyjątkowych, jak to dokładnie opisał i statystycznie wykazał jeden z nas [29]), opisując przypadek cięcia cesarskiego, gdzie po operacyi przyszło do rozejścia się powłok brzusznych.

Po wyjęciu szwów, gdy rana zgojona jest przez rychłozrost, pokrywa się ją gazą jodoformową i ściąga przylepcem (*emplastrum americanum sparadrap*). Przy zupełnie normalnym przebiegu po upływie trzech tygodni chora zaczyna wstawać a po upływie 4 tygodni opuszcza klinikę.

O p a d n i ę c i e j a j n i k ó w.

W dwóch przypadkach opadnięcia jajników po wyczerpaniu leczenia, zwykle dotychczas stosowanego wykonał prof. Dr. Jordan zabieg operacyjny, polegający na skróceniu więzadeł jajnikowomiednicznych, który nazwał ooforopeksyą.

Motywa do przedsięwzięcia tej operacyi były następujące:

W wielu przypadkach opadnięcie jajników sprawia tak wielkie dolegliwości, że usunięcie tej zmiany jest bezwarunkowo wskazane, albowiem leczenie tak bezpośrednie jakoteż pośrednie, skierowane przeciw stanowi zapalnemu opadłych jajników bez względu na to, czy zapalenie to powstało pierwotnie, czy następowo, nieraz nie prowadzi do celu. Są to przypadki w wysokim stopniu rozpaczliwe, czego dowodzi okoliczność, że wielu autorów za przykładem Lawson-Taita [30]) nie wahało się wykonywać w tych razach kastracyi.

[29]) Rosner: Z kazuistyki cięcia cesarskiego. Przegl. lek. z 1893. Nr. 9. i 10.

[30]) Lawson-Tait: Diseases of women and abdominal surgery 1889. pag. 292.

Prof. Jordan chcąc uniknąć tej przykrej operacyi, czyniącej chorą niezdolną do płodzenia starał się zachowując jajniki przytwierdzić je w miejscu mniej więcej prawidłowem a przez to usunąć przypadły od przemieszczenia ich zależne. Nie chcąc uprzedzać jego własnej publikacyi, nie podajemy ani sposobów operowania, ani historyi chorób dwóch chorych w ten sposób leczonych.

W sprawozdaniu niniejszem uderzyć musi, że niektóre działy traktowane więcej wyczerpująco, inne zaś mniej.

Opisując dokładniej sposoby postępowania operacyjnego, w naszej klinice wypróbowane i przyjęte, uczyniliśmy to dlatego, że sprawozdanie kliniczne wychodzi po raz pierwszy a chcieliśmy, ogłaszając je zaznajomić czytelnika nie tylko z wynikami naszego leczenia, ale zarazem podać im, jakich metod operacyjnych używamy.

Opisać w ten sposób dokładnie wszystkie zabiegi znaczyłoby napisać podręcznik do operacyj ginekologicznych, na co ani miejsce nie pozwala, ani nie odpowiada to celowi sprawozdania. Zresztą *last not least* nie czujemy się do tego ani powołani ani naszem zbyt małem doświadczeniem uprawnieni.

Zważając na to, aby sprawozdanie niniejsze nie przybrało zbyt wielkich rozmiarów, ustępy pobieżnie traktowane postanowiliśmy dokładniej uwzględnić w sprawozdaniu następnem.

W końcu poczuwają się autorowie niniejszego sprawozdania do miłego obowiązku złożenia czcigodnemu swemu szefowi, prof. Drowi H. Jordanowi podziękowania za pozwolenie literackiego zużytkowania całego materyału ginekologicznego, jak nie mniej za zachętę i wskazówki, których im w ciągu tej pracy nie szczędził. Życzliwości Wnego prof. Dra Jordana zawdzięczamy również, że niektóre z powyżej opisanych przypadków dostały się nam do operowania.

Zechce więc czcigodny nasz kierownik na tem miejscu i za to przyjąć najszczersze nasze podziękowanie.

Terapia.

H. Scholl (w Thalkirchen pod Monachium): **Doniesienia o wyrabianiu surowicy przeciwrakowej.**

By uchylić czyniony autorowi zarzut tajemniczości, opisuje S. dokładnie sposób, w jaki otrzymuje swoję surowicę przeciwrakową.

Kultury zakłada z koków róży albo gorączki połogowej i w dalszym ciągu stara się głównie o to, by hodowle utrzymać stale na jednym, niekoniecznie na najwyższym stopniu jadowitości, co jest rzeczą nie łatwą, zwłaszcza, kiedy operuje się łańcuszkowcem róży. A osiąga to S. używając pożywki złożonej w równych częściach z bulionu wołowego i końskiego, z dodatkiem 2% peptonu Wittego. Bulion ten, po zaszczepieniu, pozostaje przez 3 doby w termostacie w ciepłocie dokładnie 30 do 31° C. Z takiej hodowli wlewa 15 cm.³ do jamy otrzewnowej królika ważącego 1500 grm. Zwierzę ginie po 15—20 godzinach. Krwią ze serca tak zabitego królika, zakłada się nowe kultury w kolbach pojemności 300 cm.³, w których bulion już poprzednio ogrzany został do 30° C. Kultury te po trzech dobach zaszczepia się owcom z gatunku merynosów, we wieku 3 miesięcy i wagi 18 klgr. Ten gatunek okazał się najodpowiedniejszym. Zwierzęta muszą być oczywiście zupełnie zdrowe. Dokładnie wyjałowioną strzykawką (Katscha z Monachium) wstrzykuje 15 cm.³ z wyżej wspomnianej hodowli zwierzęciu pod skórę. Temperatura podnosi się o 1—2° C. Już jednak po 24 godz. zwierzę ma się znów dobrze. Wtedy wstrzykuje 30 cm.³ takiej samej hodowli i dawkę tę powtarza przez 6—8 tygodni, nie podnosząc jej, gdyż po większej zwierzę ginie. Po tym czasie zarzyna się zwierzęta. Krew z każdego zwierzęcia zbiera się oddzielnie a wykonana natychmiast sekcya wykazuje, czy dane zwierzę nie cierpiało na jaką inną chorobę. Surowicę zbiera się albo po 36 godz., gdy się wytworzy krążek krwi, albo krew świeżą natychmiast się odwłóknia i centryfuguje.

Surowicę trzeba wyjałowić. A możliwem to jest jedynie za pomocą filtrów Chamberlanda (*Chamberlandkerze*). Przefiltrowaną surowicę bada się, czy jest zupełnie aseptyczną, obserwując założone nią kultury przez ośm dni. Gdy nic nie wyrosło, zlewa się ją do sterylizowanych flaszeczek. Dla pewności dodaje się jeszcze do surowicy 4‰ trójkresolu.

S. wraz z prof. Tsuboiem podają obok tego sposób, w jaki łańcuszkowce róży można przez długi czas (przez rok) przechowywać w stanie pełnej jadowitości. Oto z hodowli bulionowej 22-godzinnej przy pomocy wirownicy i 1% roztworu peptonu wypłukują produkty przemiany materyi tych drobnoustrojów a potem w sterylizowanym 15% roztworze peptonu w kolbach zatopionych przechowują w ciemności i w ciepłocie pokojowej. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46). *Dr. M. W. H.*

Hache: **O wcieraniach alkoholu z kreozotem jako środku obniżającym gorączkę.**

W pewnych stanach gorączkowych u dzieci, jak n. p. w zapaleniu płuc ogniskowem, w zapaleniu opłucny II. otrzymywał bardzo dobre rezultaty z nacierań pewnych części skóry alkoholem z kreozotem (10 : 100), którego działanie przeciwgorączkowe jest analogiczne do działania również zewnętrznie zastosowanego gwajakolu. Sposób użycia jest bardzo prosty; kawałkiem płótna napojonym mięszaniną alkoholu z kreozotem pociera się łagodnie wewnętrzną stronę ud, na powierzchni mniejszej lub większej, stosownie do działania, które chcemy otrzymać, wreszcie na miejsce potarte zakłada zwykły, suchy opatrunek. U chorych, między 4—12 rokiem życia, zużywano na jedno natarcie łyżkę powyż podanej mięszaniny. (*Revue des maladies de l'enfance*. Listopad 1895). *Dr. Raczyński.*

Ginekologia.

H. Święcicki: **O kulistych tworach w skórzakach jajnika.**

Do dziesięciu dotąd w literaturze znanych przypadków, w których torbiele skórzaste jajnika zawierały wolne twory kuliste, dodaje Ś. jedno jeszcze podobne spostrzeżenie. Torbiel wielkości główki dziecka, wydobyty przez operacyę zawierał wśród gęstej, brunatnej cieczy 11 jasno-żółtych kul skórzastych, miękkich, średnicy 3 do 4 cm., złożonych, jak okazało badanie drobnowidowe, z atypowych, tłuszczowo zwyrodniałych komórek przybłonkowych, pomięszanych z włosami, wolnymi kuleczkami tłuszczu i nielicznymi kryształkami cholestearyny.

Pochodzenie tych kul skórzastych nie jest dotąd wyjaśnione. Przypuszczenie Munka, że kule te są treścią mieszków jajnikowych, powstającą przez atypowe bujanie nabłonków, która przez pęknięcie ściany mieszka dostała się do wnętrza torbieli skórzastego, nie tłómaczy, zkąd w owych kulistych tworach biorą się włosy. Święcicki, opierając się na tem, że w ścianach skórzaków jajnika nader często znajdywano gruczoły łojowe przemienione trądzikowato a nawet kaszakowato, przypuszcza, że owe kule skórzaste we wnętrzu torbieli się znajdujące uważać raczej należy za tłuszczowo zwyrodniałe, nadmiernie bujające gruczoły łojowe, które dostały się ze zmienionej wstecznie ścianki dermoidalnej do wnętrza torbiela skórzastego. (*Nowiny lek.* Nr. 11. 1895).

Dr. Ciechanowski.

Pedyatrya.

Büssen: **O poczuciu smaku dzieci rachitycznych i nierachitycznych.**

Według Lichtensteina mają mieć dzieci dotknięte krzywicą poczucie smaku znacznie mniej rozwinięte a przyczyną tego ma być wpływ krzywicy na mózg. B. badał poczucie smaku u 105 dzieci rachitycznych i 90 nierachitycznych

i znalazł u 12 dzieci okazujących wyraźne objawy krzywicy znaczne zmniejszenie się poczucia smaku, u 6 zaś zupełnie poczucie smaku było nierozwinięte; z 90 zaś dzieci zupełnie zdrowych, bez objawów krzywicy 10 nie miało także dokładnego poczucia smaku, 3 zupełnie było tego zmysłu pozbawionych. Wyniki więc te sprzeciwiły się pierwotnym podaniom Lichtensteina. Przyczyny tych nieprawidłowości nie można szukać ani w krzywicy ani też, jak to twierdził L., w zboczeniach mózgu, lecz przyjąć wypada, że w przypadkach odnośnych poczucie smaku nie wyrobiło się jeszcze wcale lub nie wyrobiło się jeszcze odpowiednio dobrze. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* XXXIX. 23). *Dr. R.*

J u k o w s k y: **Ostry gościec stawowy u noworodków.**

Do chorób, które rzadko spotykamy u dzieci aż do 2-go roku życia, należy ostry gościec stawowy. Na pewno stwierdzonych jest 2 lub 3 przypadki, inne doniesienia o tej chorobie polegają prawdopobnie na pomyłkach rozpoznawczych, gdyż łatwo być może, że brano za gościec zmiany kiłowe w przypadkach kostnych, zajęcia ropne stawów lub ostrą *osteomyelitis*. Z tego też względu przypadek niniejszy, co do rozpoznania zupełnie pewny, zasługuje na uwzględnienie.

U dziewczynki dwumiesięcznej, dobrze rozwiniętej, dotychczas zdrowej, której matka cierpi na przewlekły, czasem zaostrzający się gościec stawowy, stwierdzono po przeziębieniu się ciepłotę podwyższoną, 39·6, bóle w stawach za najlżejszem nawet poruszeniem; równocześnie wykazać można było obrzęk i zaczerwienienie niektórych stawów, co ustąpiło wszystko po podaniu nieznacznej dawki salicylanu sodowego. W kilka dni znów podniesienie się ciepłoty ciała i zajęcie nowych kilku stawów; znów po dawce salicylanu sodu następuje poprawa tak, że dziecko w ciągu miesiąca zupełnie zdrowie odzyskuje. Przez cały czas choroby nie wykazano żadnych objawów ze strony serca.

Przypadek ten nie może budzić wątpliwości co do prawdziwego rozpoznania, gdyż obok danych etyologicznych (wpływ dziedziczności, przeziębienie) potwierdzają rozpoznanie, także inne okoliczności, jak nagłe wystąpienie choroby przy poprzedniem zupełnem zdrowiu, wzmaganie się gorączki za nowem zajęciem stawów, wreszcie znakomite działanie przetworu salicylowego. (*Revue des maladies de l'enfance.* Listopad 1895). *Dr. Raczyński.*

Bakteryologia.

Willibald S t e f f e n: **Plwocina jako pożywka dla bakteryi.**

Głównem zadaniem naszem w sporządzaniu pożywek jest naśladowanie, o ile możności, jak najbardziej podłoża naturalnego i stosunków, w jakich pewne drobnoustroje żyją w organizmie. Plwociny odpowiednio przyrządzone mogą być być więc także dla pewnych bakteryj lepszą pożywką, niż inne sztucznie wytworzone pożywki. Tą myślą wiedziony autor przysposobił pożywkę z plwociny z ostrego zapalenia płuc. Plwocina ta nadaje się najlepiej do tych celów, gdyż da się zamienić w pożywkę o konsystencyi stałej a to przez samo wysterylizowanie.

Na takiej pożywce hodował St. pneumokoki, stafilokoki i streptokoki i przekonał się, że pożywka ta jest dla wszystkich tych gatunków podłożem zupełnie odpowiedniem; szczególnie dobrze zaś hodować się dały na niej pneumokoki, utrzymywały się znacznie dłużej przy życiu, zachowywały długo swoją otoczkę i t. d. (*Centralblatt für Bakt.* XVIII. 14./15. 1895). *Dr. Raczyński.*

Choroby zakaźne.

S i c h e r e r: **Przyczynek do znajomości zarazka ospowego.**

Guarnieri i Pfeiffer wykazali, że w krowiance i w wydzielinie krosty ospowej znajduje się pewien zarazek, t. zw. *cytoryctes Guarnieri*, który przeszczepiony na rogówkę królika wywołuje tam pewne zmiany. Sicherer chciał przekonać się o słuszności tego twierdzenia i w tym celu najpierw zranił za pomocą wyjałowionego nożyka przybłonek rogówki, następnie przeniósł na tę rankę odrobinę cieczy wziętej z krosty dziecka krowianką zaszczepionego. Z rogówki tej po kilku dniach wykonane preparaty mikroskopowe wykazały naciek komórkowy w okolicy nakłócia; badając zaś dokładniej te komórki znaleziono obok jądra w ich plasmie ciało ciemniejsze, okrągławe, otoczone jaśniejszym rąbkiem, identyczne z tem, które poprzedni autorowie opisali.

Zgodność tych doświadczeń dozwala autorowi wnosić, że tę sprawę na rogówce uważać musimy za zakażenie miejscowe tym pasorzytem, tworem, żyjącym w plasmie komórki, który też przyjąć możemy za pasorzyt wywołujący ospę. (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43. 1895). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

139. P. K o p p e l (w Berlinie): O k i l k u n o w y c h p r z e t w o r a c h g l i n u (*aluminium*). Aptekarz M. Leuchter w Berlinie wprowadził w handel trzy nowe przetwory: boral, kutol i kutol rozpuszczalny (*cutolum solubile*), które przed używanemi dotychczas octanami glinu mają zaletę większej stałości.

B o r a l jest połączeniem podwójnem kwasu borowego i winowego z glinem i tworzy białe kryształki, w wodzie łatwo się rozpuszczające w roczyn smaku kwaskowatego.

K u t o l jest połączeniem podwójnem kwasu borowego i garbnikowego z glinem i stanowi proszek cisawy (brunatnawy), smaku ściągającego, nie rozpuszczający się w zwykłych rozczynnikach. Z kwasem winowym tworzy kutol połączenie w wodzie się rozpuszczające, *cutolum solubile*, które po wysuszeniu stanowi proszek bardzo miałki, od kutolu nieco jaśniejszy.

Wszystkie te trzy przetwory bakteryj nie zabijają, jednak tamują znacznie ich rozwój, daleko mocniej, niż ich składniki. Równie, jak inne przetwory glinu, działają głównie ściągająco, za czem wreszcie przemawia ich skład chemiczny.

Zastosowanie boralu jest ograniczone; autor używał go z dobrym skutkiem w ropnem zapaleniu ucha środkowego w formie przestrzykiwania i wdmuchiwania a przeciw wypryskowi przewodu słuchowego w postaci maści 10%.

Kutolu z przyczyny jego nierozpuszczalności używać można w postaci tylko maści albo proszku a zatem tylko w przypadkach, w których go można zastosować wprost na schorzałe miejsce; naodwrót jest kutol przeciwwskazany we wszystkich suchych, łuszczących się chorobach skórnych a to z przyczyny swego działania ściągającego. Do leczenia przeto kutolem nadają się głównie wilgotne, sączące się wypryski, braki skóry z obfitą wydzieliną, nadżarcia, wrzody.

W wypryskach wilgotnych po oddaleniu strupów za pomocą oliwy używa się kutolu w postaci maści 10% z lanoliną: *Cutoli 4·00, olei olivarum 10·00, lanolini q. s. ad 40·00*, lub ciasta (pasty): *Cutoli 10·00, olei olivarum 20·00. M. f. pasta.* S. Pomazywać na grubość noża. Gdy wydzielina już się zmniejszyła, można użyć z dobrym skutkiem kutolu w postaci zasypki albo czystego albo w połączeniu z łojkiem (*talcum*) i tlenkiem cynku: *Cutoli, zinci oxydati, talci aa 10·00.*

Z dobrym także skutkiem używał autor *cutolum solubile* w 1% rozczynie wodnym do opatrywania po dwa razy dziennie wrzodów na nogach z mocną wydzieliną a następnie, gdy wrzód zaczął się goić, w postaci 20% maści kutolowej z lanoliną.

Cutolum solubile w 10% rozczynie glicerynowym okazywało się autorowi skutecznem w zapaleniu gardła mieszkowem (*angina follicularis*) w formie pomazywania zapomocą zwitka waty lub rozpylania mgły (*spray*) i w nieżycie macicy z obfitą wydzieliną w postaci tamponów z waty, napojonych rzeczonym rozczynem i wprowadzanych pod kontrolą wziernika do pochwy przedtem oczyszczonej przed ujście zewnętrzne macicy. Pod tem leczeniem ropna wydzielina nie tylko zmniejsza się, ale staje się jaśniejszą, szklistą i po kilku tygodniach takiego leczenia ustaje zupełnie, przyczem także

goją się nadżerki na części pochwowej i poprawia również nieżyt pochwy. Zastosowanie kutolu w ten sposób i ma tę jeszcze zaletę przed używaniem taniny z gliceryną, iż nie plami bielizny.

Do leczenia krwawnic (*haemorrhoides*) nadaje się wybornie kutol wprowadzany do rzyci w postaci tamponów z waty, pomazanych maścią 15% przepisaną podług jednego z dwóch następnych wzorów: *Cutoli 5·00, olei olivarum 2·00, lanolini 40·00, adde liquoris plumbi acetici 1·00, M. f. ungtum* lub: *Cutoli 3·00, olei olivarum 2·00, acidi carbolici liquefacti guttas 6, lanolini q. s. ad 30·00.*

Również okazał się skutecznym kutol w leczeniu nadmiernych potów miejscowych w postaci zasypki lub maści lanolinowych. W lżejszych przypadkach pocenia się nóg wystarcza noszenie pończoch, w stopach 10% roztworem kutolu napojonych a następnie wysuszonych.

W końcu nadmienia autor, iż używał z dobrym skutkiem kutolu do leczenia odmrozin i popękania skóry na rękach w postaci maści według przepisów: *Cutoli, camphorae tritae āā 3·00, resorbini, lanolini āā 16·00. M. f. ungtum* lub: *Cutoli 3·00, olei amygdalarum, lanolini āā 15·00, aquae flor. aurantii 10·00. M. f. ungtum. (Therapeutische Monatshefte.* Listopad 1895).

140. Ferrand: Przypadek śmierci osoby wolowatej po użyciu jodku potasu (z posiedzenia paryskiego Towarzystwa terapeutycznego w dniu 13. Listopada 1895). Mężczyzna pewien leczony był z przyczyny wielkiego i głęboko sięgającego wola wewnętrznie jodkiem potasu w dawce dziennej 4 gramów a prócz tego dostał maść jodową w okolicę gruczołu tarczykowego. Leczenie to okazało się bardzo skutecznem, gdyż po trzech tygodniach wól zmniejszył się nader znacznie. Zaraz od pierwszego dnia tego leczenia dostał chory, pewnych, niezwykłych a ważnych objawów świadczących o nieznoszeniu jodu, jak częstych wymiotów, drżenia, znacznego przyśpieszenia czynności serca, co skłoniło lekarza do zaprzestania tego leczenia.

Mimo tego przypady rzeczone nie tylko nie ustąpiły, lecz jeszcze się wzmagały i doprowadziły do właściwego charłactwa, podobnego do t. zw. *cachexia strumipriva* i w miesiąc po rozpoczęciu wymienionego już leczenia umarł chory wśród przypadów z jednej strony płucnych i sercowych, z drugiej ogólnych, należących częścią do t. zw. *cachexia strumipriva*, częścią do choroby Basedowa.

Conchon opierając się na tych przypadach wywodzi śmierć z bardzo szybkiego zaniku gruczołu tarczykowego, zaniku wywołanego przez użycie jodku potasu.

Ferrand zgadza się z tym wywodem i zwraca uwagę, iż Reser i Lebert wykazali już dawniej, iż jodków nie znoszą przedewszystkiem ludzie wolowaci. *(La Semaine médicale.* 20. Listopada 1895).

VI.

ZE WSCHODU.

ZARYSY LEKARSKIE.

Przez

I. Ilg......

VII.

Na dalekim wschodzie walczą z sobą dwie cywilizacye, nowo rodząca się europejska z przestarzałą wschodnią a obie z nich znajdują tu obrońców swych i wyznawców. Medycyna rozumowa, współczesna mająca przedstawicieli w urzędowych lekarzach, ubiega się o lepsze z trzema innemi omszałemi powagą wieków, chińską, tybetańską i japońską. Na każdą z tych trzech ostatnich, zbliżonych wielce do siebie gałęzi lecznictwa, należy patrzeć nie jako na wiedzę folklorystyczną w ścisłem słowa tego znaczeniu, lecz raczej jako na umiejętność wynikłą z kultury każdego z narodów, którą możnaby nazwać medycyną starożytną w tem znaczeniu, jak wyróżniamy średniowieczną europejską. Medycyna starożytna biorąca swój początek w Indyach, rozwija się następnie w każdym z krajów oddzielnie a w Tybecie w ręku łamajskiego duchowieństwa dosięga największego rozwoju i popularności. Medycyna ta odegrała ważną rolę w dziejach cywilizacyi, od niej w znacznym stopniu zasięgała wiadomości medycyna średniowieczna, do której nie mało wnieśli wierzeń i środków misyonarze przebywający w Chinach a od nich te wierzenia przyrodnicze, jak i lekarskie przeszły do folkloru wszystkich narodów świata, co miałem możność wykazać rozpatrując i zestawiając z sobą wierzenia i środki lecznicze zebrane w przedmowie do dzieła mego: *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi* [1]). Dziś będąc u źródła tej wiedzy, spotykam się z przesądami i wierzeniami, które nieraz ściśle się łączą z pojęciami leczniczemi naszego ludu na Rusi. Z samego już założenia wypływa, że jeśli patrzeć na medycynę tybetańską jako na wiedzę starożytną, ujętą w pewne ramy i naukę do pewnego stopnia zakończoną, jeszcze przed kilku tysiącami lat znaną ludzkości, to etnograficzne badanie właściwej medycyny tybetańskiej przy nieznajomości języka, niedokładnie zebranych wiadomościach przez tłómacza, nieraz w przekręconej i spaczonej formie, nie odpowiada celowi. Ta tajemniczość wiedzy łamskiej dopiero wtedy będzie odsłoniętą i klucz wynalezionym dla zrozumienia historyi pochodu cywilizacyi, kiedy święte księgi buddyjskie Dandżur-Gandżur kryjące w sobie cały świat wierzeń i wiedzy buddyjskiej zostaną przetłómaczone na jeden z języków europejskich. Do tego kolosalnego przedsięwzięcia wzięli się misyonarze angielscy, najlepsi dziś znawcy języka tybetańskiego i z pomiędzy tych 335 ksiąg mądrości 4 miały już ujrzeć światło dzienne. Zanim za lat wiele ta poważna, benedyktyńska praca otworzy nam na oścież wrota, wprowadzając do świata mało znanego a mającego niezrównaną dla wiedzy wagę, pozwolę sobie zapoznać Was choć w krótkości z zasadami medycyny tybetańskiej; nie tylko posiada ona znaczną ilość wielbicieli pośród rosyjskiej ludności na Syberyi, ale zyskała jeszcze w osobie kilku swych przedstawicieli, mających dozwoloną praktykę lekarską, rozgłos szeroki, jak naprzykład p. Batmajewa, używającego wielkiej wziętości w stolicy nad Newą.

Medycyna starożytna znaną jest w zarysach przeważnie z prac misyonarzy francuskich i angielskich, zbieranych i zużytkowywanych, jak wszelkie inne wiadomości folklorystyczne, w części zaś przez zastosowanie utylitarne dla pomocy bliźnich, które to środki i wierzenia w wiekach średnich misyonarze rozszerzali po Europie. Po rosyjsku mniej jest prac tyczących się tego przedmiotu, wyjąwszy kilku broszurek p. Piaseckiego, odnoszących się do pobieżnego bardzo opisu życia i leczenia Chińczyków, Dra Słunina o morskich roślinach w Japonii, wreszcie p. Pticyna o tybetańskiej medycynie w Zabajkalii i parę prac niewielkich w tym przedmiocie Dra Kiriłowa, od lat 10-ciu z zamiłowaniem oddającego się studyom nad poznaniem przez zetknięcie się z ła-

[1]) Wydanie Komisyi antropologicznej Akad. Umiej. w Krakowie. Kraków 1893.

mami ich nauki leczniczej. Pomimo ciężkich stosunków, w jakich może pracować tu lekarz, p. Kiriłow nie szczędził środków osobistych na poznanie bliższe tej metody leczniczej a nawet zebrał kolekcyę leków i innych atrybutów w skład leczenia wchodzących i chce je w przyszłości zużytkować w znacznej mierze. Korzystam i ja z jego wiadomości dla nakreślenia notatki tyczącej się teoryi wiedzy leczniczej mało Wam jeszcze znanej.

Tybetańska medycyna początek swój bierze w głębokiej starożytności, gdzie była pierwotnie uprawianą przez magów indyjskich a następnie przez Buddę († 540 roku do Nar. Chr.) i ujęta w osobna wiedzę weszła jako część nierozdzielna w jego systemat religijno-filozoficzny. Kiedy w wiekach następnych buddyzm rozprzestrzenił się po całym wschodzie, wywierając wpływ nadzwyczajny na jego pojęcie i życie, razem z nim szerzyła się i medycyna, lecz nigdzie ani w Japonii ani w Chinach nie dosięgła ona tego rozwoju i sławy, co w Tybecie. Tu jak wiadomo, buddyzm pierwotny, jako system filozoficzny znacznie skażony przymieszką wierzeń w świat zagrobowy i istnienie całych szeregów bóstw, geniuszów, dobrych i złych duchów, zapanował nad umysłem tłumów przy ogromnie rozwiniętej hierarchii duchownej, wprowadzającej w widokach swych osobistych tysiączne obrządki i trzymającej w swym ręku nie tylko cały świat pojęć i myśli budysty, nie tylko byt jego materyalny, lecz nawet jego zdrowie i życie. Z pierwotnej kolebki dzisiejszego łamaizmu (od słowa „łama" duchowny), z Łchassy w Tybecie nauka ta roznoszona przez łamów, podbiła swemu kultowi ludność Mongolii, ztąd przeszła do ich pokrewnych Mongoło-Buryatów w rosyjskiej Zabajkalii i do Mongoło-Kałmyków dziś zaludniających północno-zachodnią Mongolię i gubernie astrachańską. Zmieniona nauka Buddy po długiej walce ze zwolennikami starej wiary braminiskiej, przekształcając się nie do poznania, utworzyła osobną sektę w ręku reformatora Zórkowy w początkach XV-tego wieku a ta wiara głęboka w związek pomiędzy ludźmi a światem zaziemskim, stworzyła całą teoryę w przesiedlenie dusz i w końcu instytucyę bogów żyjących na ziemi, Chubiłganów, Gegenów i Chutuchtów, których dusza odradza się w ludziach rodów wybranych, jako nagroda za życie bogobojne. W nauce nowej zapanowała wszechwładnie hierarchia duchowna z świetnie i dekoracyjnie wypełnionemi ceremoniami kościelnemi, z mnóstwem obrządków, aparatów, ubiorami duchowieństwa, melodyą hymnów, chórami, bębnami, dzwonkami i misteryami, z ustawą o bezżeństwie duchowieństwa, które przy swem ascetycznem życiu utrzymuje ogromną dyscyplinę i karność w swem łonie. Znakomity misyonarz Spenser Hardy a za nim wszyscy badacze znajdują jak w stronie obrządkowej buddyzmu, tak też w organizacyi duchownej i w jego stanowisku do narodu wielkie podobieństwo do katolicyzmu. Obrządki buddyzmu z jego hipnotyzującemi misteryami, życiem ascetycznem i kontemplacya abstraktu, uśpiły umysły i skierowały krwistych i niegdyś pałających energią i odwagą rycerską Mongołów do życia spokojnego, koczującego z trzodami po stepach, czyniąc ich dbałych wyłącznie o interesa i całość swoich dobytków.

Duchowieństwo jako najwyższa warstwa narodu panuje nad nim wszechwładnie; z obrządkami religijnemi łączą się wszelkie zwyczaje, igrzyska, zabawy, strzelba do łuku, wyścigi, obławy i t. p. Duchowieństwo oplata cały naród jakby siecią, łącząc się z nim związkami nie tylko ducha, lecz i krwi. Nie ma rodziny, któraby nie miała w pośród swych członków duchownych. Rodzice posiadając dwóch synów, jednego z nich poświęcają bogom. Słowo „łama" nie oznacza tylko duchownego; w wyrazie tym Mongołowie łączą pojęcie uczonego i wyższego a więc duchowny jest zarazem ich synonimem. Pomiędzy duchowieństwem spotykamy mnóstwo stopniowań wyższych i niższych, są na pół świeccy, wstępując w niższy stopień święcenia żyją w stanie małżeńskim i odpowiadają naszym braciszkom klasztornym, lub członkom bractw różnych. W krajach buddyjskich ta mnogość duchowieństwa jest uderzającą, stanowi ona przeszło $^1/_{10}$ ludności, wyróżnia się żółtą odzieżą łamów i czerwoną przyjmujących niższe stopnie święcenia.

Podobnie, jak to bywało w średnich wiekach w krajach katolickich, tak dziś u buddystów jedyne są szkoły klasztorne w „dacanach", gdzie się i oddają dzieci na nauki. Zdolniejszych i bogatszych zwierzchność łamajska zatrzymuje u siebie i wpływa na przyjęcie wyższych święceń kapłańskich. Dzieci postępują na naukę od 5. do 8. roku życia a potem kurs nauk trwa od 10 do 18 lat, tak że kończą szkoły ludzie w 18. do 25. roku życia. Nauki odbywają się bez wszelkiego programu i systematyczności, zachowywanych w szkołach europejskich. W dacanach na naukę przyjmują o każdej porze roku. Dziecko postępujące do dacanu uczą czytania i śpiewania „rapsałów" (pieśni nabożnych). Sposób wykładu wielce przypomina nasze żydowskie chejdery, w których dzieci za nauczającym głośno powtarzają całe ustępy na pamięć. Nauka początkowa trwa zwykle trzy lata, poczem uczeń przyjmuje udział w śpiewach nabożnych w świątyni. W ciągu tych lat uczniowie spełniają niższą posługę w dacanach, w których dyscyplina jest nadzwyczajnie ostrą. Nauczywszy się rapsałów „amorlingoju", to jest oddawania czci dobrym „burchanom" (bogom) postępują w oddział „dokszytów", gdzie się uczą pieśni dla złych bogów a następnie wykładają im „nyry", to jest piśmiennictwo tybeckie i mongolskie, chociaż Mongołowie i Buryaci zabajkalscy większą znajomość przypisują tybeckiemu językowi, w którym drukowane są księgi religijne i świeckie, wyżej wspomniane Gondżur-Dandżur. Na tem się kończy wychowanie większości młodzieży; otrzymujący stopień „hemona" lub „heczuła" mają prawo czytania ksiąg świętych, inni kontynuują nauki studyując „canit", ćwiczenie się w dyalektyce i w filozofii. Canit jest to rodzaj scholastycznej, średniowiecznej wiedzy, polegającej na umiejętności prowadzenia dysputy w świątyniach. Zadają uczniom takie naprzykład pytania: dlaczego istnieje barwa czarna, lub biała, albo naprzykład, czy jest grzechem połknąć w postny dzień mięso, uwiezłe w zębach w wilię dnia tego i t. p. Po trzech latach studyów nad dyalektyką i filozofią polegającą na specyalnem studyowaniu życia i nauki Buddy szegemuni przechodzą na trzyletnie kursa medycyny w świątyniach poświęconych bożkowi *Otali*, geniuszowi tej umiejętności, poczem przez trzy lata jeszcze kształcą się w astronomii i astrologii. Po przejściu wszystkich stopni gebszi, gebzy, doromboja i t. p. uczeń pozyskawszy w końcu całą mądrość otrzymuje stopień „łamy" a razem z tem prawo na otrzymanie parafii, lub innej urzędowej duchownej posady, przyczem pędzi życie ascetyczne i w stan małżeński nie wstępuje, chociaż pod tym względem prawo kanoniczne łamajskie jest dosyć względnem i pozwala niekiedy na kom-

promisy. Znam pewnego łamę, cieszącego się ogromnem poważaniem pośród swych jednowierców, który ślubując celibatowi przez całe życie w 70 leciech wstąpił w stan małżeński z 17-letnią dziewczyną i doczekał się z nią potomstwa, co nie przeszkadzało jednak do zachwiania jego stanowiska i powagi. Brat znowu jednego z wysokich dostojników kościoła przyjął chrzest ze swą żoną dla zajęcia urzędowania, co nie wpłynęło na zerwanie stosunków serdecznych z jego bratem. Każdy z łamów oddaje się innej gałęzi wiedzy. Jedni studyują filozofię, inni dyalektykę, astrologię lub astronomię, inni znowu medycynę. Znawców prawdziwych tej ostatniej zowią *emczi-łoma*. Względnie do obranej gałęzi wiedzy młodzież ucząca się szuka odpowiednich dacanów, słynących z uprawiania pewnej z powyższych nauk i przez ciąg swych studyów co lat kilka zmienia miejsce pobytu. Ci zaś, co przejdą kurs nauk w dacanach zabajkalskich, jeżdżą dla dopełnienia swej wiedzy do dacanów mongolskich, lub tybetańskich. W rosyjskiej Zabajkalji na 200 tysięcy ludności buryackiej, wyznającej buddyzm istnieje 36 parafij (dacanów), któremi rządzi tyleż łamów, szyretui (proboszczów). Przez rząd przyznanych łamów etatowych liczą w prowincyi Zabajkalskiej około 400, jednakże liczba ich przechodzi kilka tysięcy. Rząd rosyjski w celu zmniejszenia wpływu duchowieństwa buddyjskiego: mongolskiego i tybetańskiego na swych poddanych buryackich, chcąc odłączyć ich od tybetańskiej głowy kościoła Dałaj-łamy, ustanowił w Zabajkalji urząd głowy rosyjskiego buddyzmu dla porozumiewania się w kwestyach religijnych a przez to jakby przyznał urzędowe istnienie buddyzmu. Obecną głową najwyższą z urzędu jest *bandido chambo-łama*, łama gęsio jeziorskiego dacanu, odległego o wiorst 20 od Selengińska, Dewpił Gowbojewicz Gowbojew, słynny znawca filozofii buddyjskiej i canitu. Przy dacanie istnieje szkoła wyższa buddyjska posiadająca urzędownie ze 40 uczni. Miałem możność odwiedzenia tego zakładu i poznania samego Chambo-łamy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 28. Listopada 1895 r.

— Odbyty w dniu 27. b. m. pogrzeb ś. p. prof. Teichmanna świadczył chlubnie o czci i uznaniu, na jakie sobie Zmarły zasłużył żywotem swym pełnym pracy około rozwoju ulubionej przez siebie nauki i około wykształcenia młodzieży uniwersyteckiej.

Zwłoki Zmarłego z mieszkania przy ulicy Floryańskiej aż do grobu niosła na swych barkach młodzież uniwersytetów, krakowskiego i lwowskiego. Trumna i karawan pokryte były mnóstwem wieńców a nadto osobne deputacye niosły wieńce przed zwłokami. We wszystkich ulicach i placach, przez które przechodził kondukt pogrzebowy, prowadzony przez krakowskiego pastora ewangielickiego Gabrysia z asystencyą pastora Michejdy z pod Cieszyna, płonęły latarnie gazowe pokryte krepą. Tak przy wyniesieniu ciała z domu, jak i podczas pochodu, tudzież na samym cmentarzu chór akademicki wykonywał stosowne pieśni.

Pochód pogrzebowy rozpoczynała miejska straż ogniowa. Za zwłokami Zmarłego postępowali tuż za rodziną bedele uniwersyteccy w togach, niosąc starożytne berła akademickie, profesorowie uniwersytetu z rektorem prof. Drem Smolką na czele, grono członków Akademii Umiejętności z prezesem prof. Drem hr. Tarnowskim, naczelnicy prawie wszystkich władz miejscowych, grono lekarzy krakowskich w komplecie, do którego przyłączyło się wielu lekarzy przybyłych z prowincyi, nawet ze Lwowa, młodzież uniwersytecka krakowska i wielu akademików ze Lwowa, w końcu tłumy publiczności, przeważnie ze sfer wykształconych. Brama prowadząca do zakładu anatomicznego, około którego przechodził kondukt, przybrana była żałobnie a w środku jej widniał biust Zmarłego wśród kwiatów i zieleni. Stósownie do życzenia Zmarłego nikt nie przemawiał prócz pastora Michejdy, który krótkiemi słowy pożegnał zwłoki.

— Z powodu śmierci prof. Teichmanna otrzymali telegramy kondolencyjne: rodzina od członków redakcyi *Gazety lekarskiej* w Warszawie, od Towarzystwa lekarzy galicyjskich i od dyrekcyi szkoły weterynarskiej we Lwowie, Uniwersytet Jagielloński od Uniwersytetu we Lwowie, Towarzystwo lekarskie krakowskie od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

— W dniu 25. b. m. zaraz po otrzymaniu wiadomości o zgonie ś. p. prof. Teichmanna, poświęcił prof. Kostanecki, następca Zmarłego na katedrze uniwersyteckiej, cały swój wykład wobec słuchaczy i licznie zebranych b. uczniów Zmarłego wspomnieniu zgasłego co właśnie uczonego i oddał wymownemi słowy hołd jego pracy i zasługom.

— Prezes Tow. lek. krak., prof. Walentowicz wyraził wdowie po ś. p. Teichmannie kondolencyą w imieniu Tow. lek. krak. i Tow. lek. gal. oraz złożył wieńce na zwłokach od Tow. lek. warszawskiego, od sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. jakoteż od Tow. lek. krak.

— VI. Walne Zebranie krak. Izby lekarskiej odbędzie się dnia 7. Grudnia b. r.

Na porządku dziennym:

1) Sprawozdanie Prezydenta z czynności Wydziału Izby od 4. Maja b. r.

2) Sprawozdanie delegata Izby z II-go wiecu Izb lek. w Bernie (d. 5. Października b. r.).

3) Reforma ustawy o lekarzach gminnych.

4) Reforma stosunków lekarzy szpitalnych.

5) Reforma studyów lekarskich.

6) Orzeczenie w sprawie wniesionej przez jedną z prowincyonalnych kas dla chorych.

7) Udzielenie zapomóg.

8) Uchwalenie budżetu na r. 1896.

— Ankieta w sprawie reformy studyów i rygorozów lekarskich ma być zwołaną przez Ministerstwo oświaty w Wiedniu w Grudniu b. r.

Izba lek. krak. zaproszona do udziału w tej sprawie pismem J. E. Ministra Dra Gautscha wybrała swym delegatem Profesora Dra Łazarskiego.

— Nakładem księgarni G. Fischera w Jenie ma wychodzić pod redakcyą znanych zaszczytnie w nauce proff. Mikulicza i Naunyna nowe pismo pod tytułem: *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.*

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 10. Listopada r. b. w Konstantynopolu w 75. roku życia Dr. **Maurycy Beduawski**. W Juryewie (Dorpacie) profesor fizyologii **Popow**.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Turce w Galicyi rozpisuje z terminem do końca Grudnia 1895. konkurs na posadę lekarza okręgowego w Boryni z pensyą roczną 500 złr. i 400 złr. ryczałtu na objazdy.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 47. W. Wróblewski: Autoskopia górnych dróg oddechowych. W. Gajkiewicz: O nowotworach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (c. d.). W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (ciąg dalszy). — H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 47. S. Orłowski: Kilka słów o przymiocie rdzenia. O. Bujwid: Przypadek ropnicy rzeżączkowej (*pyaemia gonorrhoica*). — W *Kronice lekarskiej* z 15. Listopada b. r. nie ma żadnych artykułów oryginalnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4-go Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem nastąpi demonstracya przypadków z kliniki chirurgicznej, poczem wypowie kol. Mayzel rzecz pod tytułem: *Prostytucya a choroby weneryczne w Galicyi.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 7. Grudnia 1895 r. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 3.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 23.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Stanton and 190 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

WYKŁAD WSTĘPNY

Docenta Dra Leona Wachholza

miany dla słuchaczy Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. dnia 8. Listopada 1895.

Panowie!

Jest to zwyczajem człowieka, że mając nowy cel na widoku, zanim rozpocznie ku niemu nieraz mozolną wędrówkę, wpierw pragnie się zapoznać z nim bodaj w najogólniejszym zarysie.

To też mniemam, iż wybaczycie mi Panowie, jeśli systematyczny wykład naszej nauki poprzedzę wstępem, który pouczy Panów o celach nauki naszej, o jej rozwoju, rozległości, doniosłości, który posłuży za tło do przyszłej całości obrazu. Poznanie tych ogólników, przedewszystkiem zaś celu nauki naszej będzie najlepszym zadatkiem przyszłej zgodności zapatrywań, będzie najlepszym łącznikiem między mną a Panami. Wreszcie pozwoli mi powyższy wstęp wyrazić kilka uwag tyczących się sposobu, w jaki najracyonalniej należałoby starać się o nabycie zwłaszcza praktycznej biegłości w tej gałęzi, z którą zaznajomić Panów będzie dla mnie prawdziwym zaszczytem i przyjemnością.

Nauki lekarskie w ogóle wyniknęły z najistotniejszych potrzeb ludzkości, bo z potrzeby ochrony najdroższego skarbu, t. j. zdrowia przed szeregiem przeróżnych szkodliwości, grożących istnieniu naszemu zagładą. Nic też dziwnego, że podwaliny tych nauk spotykamy już u najdawniejszych ludów oświeconych, jak n. p. u Indów lub Egipcyan. Rozumie się samo przez się, że początek nauk lekarskich był wątły; wszakżeż opierają się one na doświadczeniu a doświadczenia nabyć można w długim biegu lat. Długi bieg lat gromadził zdobycze doświadczenia, dorzucał cegłę do cegły, aż stworzył gmach wiedzy tak obszerny, że jeden umysł nie jest go w stanie dziś objąć szczegółowo.

Ztąd wypłynął rozdział pracy, ztąd zrodziła się niemal konieczność tak zwanego specyalizowania się.

Jedną z tych cegieł, składających się na całokształt nauk lekarskich jest medycyna sądowa. Medycyna sądowa jest mimo określenia swego „sądowa“ nauką na wskroś lekarską a tylko zastosowaną do potrzeb sądownictwa. Jest ona nauką, która łączy dwa odmienne kierunki wykształcenia zawodowego, t. j. kierunek lekarskiego i prawniczego wykształcenia.

Sąd, owa świątynia, w której sprawiedliwa Temida stoi na straży naszych dóbr materyalnych, która najczulszą wagą mierzy nieprawości ludzkie, domaga się wielokrotnie celem rozjaśnienia swych zagadnień pomocy obcych sobie nauk. Ta nauka, która czerpiąc w całej pełni ze skarbca całokształtu wiedzy lekarskiej, stosuje te zdobycze do potrzeb praktyki tak karno-sądowej, jak i cywilno-sądowej, ta nauka nosi miano medycyny sądowej.

Medycyna sądowa jest zatem nauką lekarską zastosowaną a jako taka stoi godnie w rzędzie innych zastosowanych nauk lekarskich i słusznie z niemi może być porównana. Wszystkie praktyczne czyli zastosowane nauki lekarskie można ze względu na cel, któremu służą, podzielić na dwa działy. Jeden z nich wytknął sobie cel ściśle indywidualny, bo ma za zadanie przychodzić z pomocą jednostce zagrożonej chorobą, drugi dział tych nauk ma na oku cel zbiorowy, bo stara się zapobiegać klęskom grożącym społeczeństwu. Skoro ten ostatni dział nazwano już z dawna medycyną publiczną, to logicznym będąc, możemy nazwać pierwszy dział medycyną prywatną. Mianem medycyny publicznej lub rządowej (*Staatsarzneikunde*) obdarzono trzy gałęzie nauk, t. j. policyę lekarską, higienę i medycynę sądową a do niedawna nie wyróżniano ich osobną nazwą. Dopiero gdy w ostatnich dziesiątkach lat trzy te nauki a przedewszystkiem higiena przez ugruntowanie bakteryologii znacznie wzrosły na obszarze, nastąpił stanowczy rozdział tych

trzech gałęzi. Odtąd są one głoszone z oddzielnych katedr we wszechnicach, od tej chwili mają one zapewnione tem szybszy i bujniejszy w plony rozwój.

Na wstępie już nadmieniliśmy, że nauki lekarskie sięgają swym początkiem do pierwodoby ludzkiego istnienia. Nie możemy jednak tego powiedzieć o naszej gałęzi. Powstanie naszej nauki mogło dopiero nastąpić w chwili odpowiedniego ukształtowania się sądownictwa, w chwili uznania pomocy lekarzy w rozpatrywaniu odpowiednich zagadnień sądowych za jedynie i koniecznie wskazaną. Dzieje medycyny starożytnej nie czynią żadnej wzmianki o medycynie sądowej. Wprawdzie znajdują się w księgach Mojżesza ustępy omawiające samcołóztwo (pederastyę), sodomię, shańbienie, uszkodzenia cielesne, nie wspominają jednak nigdzie o sposobach lekarskiego stwierdzenia istoty tych zbrodni. W księgach późniejszego Talmudu znachodzą się ustępy o tak zwanej *superfoetatio*, o zdolności życiowej płodu, o niepłodności, które zdradzają już zużytkowanie zdobyczy lekarskich celem ich wyjaśnienia. W starożytnej Heladzie nie było również danych do powstania medycyny sądowej mimo, iż stan lekarski zażywał dobrej sławy i poważania.

Rozpatrując źródła właściwe, uderza nas, że mimo wysokiego wykształcenia i rozwoju sztuki lekarskiej w Grecyi nie zasięgano nigdy w odpowiednich przypadkach sądowych zdania lekarzy. I tak spotykamy się w mowach Lizyasza, Demostenesa, Antifona z wzmiankami o przypadkach śmierci w następstwie uszkodzenia ciała, w których wyrok sądu zapadał bez poprzedniego wyjaśnienia wątpliwości przez lekarzy. Zwłoki zamordowanych nie podlegały oględzinom i sekcyi a nawet było obowiązkiem demarchów zwłoki takie natychmiast grzebać.

Wobec tego stanu zadziwia nas jedyny przypadek, przytoczony przez Boehmera, w którym zasiągnięto lekarskiego zdania. Pewna zamężna niewiasta grecka miała uledz karze za wiarołomstwo, zarzucone jej na tej podstawie, iż urodziła wprawdzie bardzo piękne dziecię, lecz ani do siebie, ani do męża niepodobne. Celem rozstrzygnięcia wątpliwości wezwano lekarza a ten oświadczył, iż odmienność rysów dziecka mogła być wynikiem zapatrzenia się matki w czasie ciąży w obraz. Ponieważ obraz odpowiedni znaleziono w mieszkaniu owej kobiety, uwolniono ją od winy.

Jak w Grecyi, tak i w starożytnym Rzymie nie mogła się rozwinąć medycyna sądowa a to z licznych powodów. Przedewszystkiem opierał się proces starożytny wyłącznie na oskarżeniu; ponieważ przeto nie uznawał doniosłości postępowania dowodowego, nie mógł dać pohopu do powstania nauk pomocniczych dla praktyki sądowej. Przesądy ówczesne, obyczaje i zapatrywania były od dzisiejszych odmienne. To też spędzenie płodu, dzieciobójstwo przez porzucenie dziecka były zwyczajem dozwolone i nie karane, mimo iż zdania niektórych wybitnych jednostek rzymskiego społeczeństwa tych okrutnych zwyczajów nie pochwalały. I tak n. p. Owidyusz stawia matrony rzymskie niżej lwic, gdyż te wychowują i karmią własnej piersi mlekiem swe potomstwo, mimo swej wrodzonej drapieżności, Seneka wielbi w liście do matki swej Helwii, jako jej podniosłe przymioty, iż płodów swych się nie wstydziła i przed właściwym czasem ich się nie pozbywała.

Rozwiązłość obyczajów, rozpasanie namiętności nie kładły tamy samcołóztwu, sodomii, gwałtom, zabójstwom lub morderstwom, zostawiając wymiar kary za podobne czyny zemście krewnych i otoczenia strony skrzywdzonej.

Ważną przyczyną, dla której nie utworzyła się w Rzymie medycyna sądowa, była przewrotność lekarzy, przeważnie niewolników z pochodzenia. Ludzie ci, żądni złota, dopuszczali się pod pozorem nieświadomego błędu sztuki skrytobójczych morderstw przez otrucie. Przeciw nim też głównie zwrócona była *lex Cornelia*, wydana za czasów Sulli, równoważąca przypadki rozmyślnego otrucia z przypadkami, w których *medicamen, quod ad salutem hominis vel ad remedium datum erat*, sprowadzało śmierć zamiast zdrowia.

Wszystkie powyższe okoliczności nie dozwoliły zatem rozwinąć się praktyce sądowo-lekarkiej w starożytności. Mimo to jednak znajdujemy w pismach niektórych mędrców i lekarzy wzmianki o tematach, nawet o prywatnie przedsiębranych czynnościach, które tyczą się medycyny sądowej. Hippokrates omawia w dziele περὶ γόνης rzecz o superfetacyi i kwestyę zdolności życiowej płodu. Zapatrywanie jego, że płody 7-miesięczne są zdolne do życia pozałonowego, 8 i 9-cio miesięczne znacznie mniej, ponieważ są dotknięte chorobą, ustępującą dopiero w 10. miesiącu księżycowym ciąży, odpowiada w zupełności takiemuż przesądowi dziś spotykanemu. Arystoteles zastanawia się nad czasem trwania ciąży, oraz omawia potrójną siłę ludzkiego nasienia, t. j. *vis vegetandi, sentiendi et intelligendi* i daje w ten sposób podwalinę fałszywych zapatrywań na sprawę zdolności płodów do życia, zapatrywań ojców kościoła, głoszących, iż płód zyskuje w chwili poczęcia dwie dusze, *animam vegetativam et sensitivam*, po pewnym zaś czasie (płody męzkie 40-tego, żeńskie 80-tego dnia poczęcia) trzecią duszę, t. j. *animam rationalem*, która wytwarza dopiero zdolność płodu do życia.

Antistius dokonywa prywatnie oględzin 23 ran Cezara i ocenia drugą ranę piersiową jako najbliższą przyczynę śmierci.

Później już podaje wielki Pergamejczyk, Galenus zasadę jedynej próby życiowej, wprowadzonej do praktyki sądowo-lekarskiej dopiero w r. 1681. przez Schreiera. Twierdzi on, że *substantia pulmonum e gravi, rubra et densa in raram, albam et levem transfertur*.

Ustawodawstwa rzymskie z późniejszych czasów cesarstwa, przedewszystkiem zbiory ustaw Justyniana rozwinęły naukę o poczytalności. Wedle powyższych ustaw był wolnym od winy człowiek dotknięty szaleństwem (*furor*), obłąkaniem (*dementia*), bezmyślnością (*mente captus*), obłąkaniem z przesadą (*insania*), niedołęztwem (*fatuitas*), wiłością (*moria*) a to na mocy zasady głoszonej już zdawna, że *furiosus ipso furore satis punitur*. Tenże sam zbiór ustaw w myśl ustępu: *de inspiciendo ventre et custodiendo partu*, nakazywało badać kobiety, mające być skazane, jeśli zachodziło co do nich podejrzenie ciąży. Badanie to było powierzone akuszerkom.

Tu zatem po raz pierwszy spotykamy się z urzędem znawców i z praktyką sądowo-lekarską, jakkolwiek praktyka ta była ograniczona tylko do przypadków dochodzenia ciąży, a znawcami były akuszerki. Ustawodawstwa germańskie jak *lex Alemanorum* rozszerzają już znacznie czynności lekarskie wobec sądu, wprowadzając nie tylko kary publiczne za zabójstwo, morderstwo, dzieciobójstwo, spędzenie płodu, uszkodzenia cielesne, lecz dzieląc te ostatnie na rany, stłuczenia, porażenia i kalectwa. Rozumie się samo przez się, że z chwilą nałożenia publicznej kary za czyny, które w Grecyi i Rzy-

nie uchodziły za bezkarne, potrzeba było celem uniknięcia pomyłki przy wydaniu wyroku wyjaśnić wszelkie wątpliwości, że z chwilą rozklasyfikowania uszkodzeń cielesnych wedle ich doniosłości musiano zasięgać zdania tych ludzi, którzy przez swą wiedzę zawodową do czynności tych najwięcej się nadawali.

O ile germańskie ustawodawstwa okazują znaczny postęp wskutek podziału uszkodzeń, wzywania znawców, o tyle znów nauka o poczytalności cofa się u nich wstecz w porównaniu ze stanem jej w Rzymie. Wedle germańskich ustaw wolnym był obłąkany od kary za zabójstwo lub uszkodzenie cielesne, jeśli poprzednio sam na własną osobę się targnął. Dopiero późniejsze ustawodawstwa zmieniły zapatrywanie to względem obłąkanych przestępców i tak wyraża się n. p. ustawa szwabska (*Schwabenspiegel*): *ueber einen rechten toren unde ueber einen sinnelosen Mann soll man ouch nicht richten.*

Zwolna poczęto coraz to częściej posługiwać się lekarzami wobec sądu, jak to wynika z rozporządzenia papieża Innocentego III. z r. 1209., mocą którego zalecił on dokonać oględzin lekarskich na zwłokach pewnego złodzieja sprzętów kościelnych, zabitego łopatą *(fossorium)*. Nagły rozwój sztuki lekarskiej przez rozkwit szkół arabskich, salerneńskiej przez utworzenie wszechnic w Paryżu, Montpellier i Bolonii przyczynił się w znakomity sposób do ugruntowania powagi stanu lekarskiego a nadto i do rozpowszechnienia się zwyczaju wzywania lekarzy jako znawców zaprzysiężonych w sprawach sądowych. To też niemal wszędzie, jak we Włoszech, Francyi, Królestwie Jerozolimskiem ustanawia się zaprzysiężonych chirurgów do pomocy sądom w rozpatrywaniu odpowiednich spraw sądowych.

Takim zaprzysiężonym chirurgiem dla Bolonii był w r. 1249. Hugo de Lucca; Bartolomeo de Varignana zaś dokonał już wraz z innymi *medici fisici* sekcyę celem stwierdzenia otrucia.

Mimo tego postępu, nie można jeszcze powiedzieć o tym okresie, iż przypada nań chwila powstania naszej nauki, albowiem tak owi *medici fisici*, jak i ustanowieni we Francyi przez króla Filipa Pięknego w r. 1311. *chirurgiens jurés du roi* zajmowali się tylko przygodnie zagadnieniami sądowo-lekarskiemi, nie poświęciwszy żadnych trudów, aby w tej mierze postąpić, aby stworzyć nową gałąź umiejętności lekarskich. Tem więcej też zadziwić nas musi, że na dalekim wschodzie Chińczycy już mogli w r. 1248. poszczycić się podręcznikiem medycyny sądowej. Podręcznik ten zatytułowany *Si Yuen Lu* składa się z 5 ksiąg, z których pierwsza zawiera ogólne uwagi tyczące się badania sądowo-lekarskiego a zarazem i rzecz o symulacyi, uszkodzeniach, o stwierdzaniu tożsamości osoby i o poronieniu, druga o uszkodzeniach cielesnych ze względu na sposób i narzędzie, jakiem zadane były oraz o różnicy uszkodzeń zadanych za życia i po śmierci, trzecia o śmierci z powieszenia i utopienia, czwarta i piąta o otruciach.

Wiek XVI., ów wiek odrodzenia się ludzkości, stwarza medycynę sądową już jako odrębną gałąź. W Niemczech poprzedziły jej rozwój trzy ustawy, t. j. bamberska z roku 1507., brandenburska z r. 1516. a przedewszystkiem surowa ustawa Karola V., znana pod nazwą *Carolina* z r. 1532. Wprawdzie twierdzą niektórzy historycy, że pomienione ustawy stworzyły w ogóle medycynę sądową, jednak trzeba zgodzić się ze zdaniem Blumenstoka, iż nawet w Niemczech nie powołały one zaraz do życia medycyny sądowej, gdyż n. p. *Carolina* nie obowiązywała zaraz we wszystkich krajach niemieckich a powtóre, że nawet tam, gdzie miała moc obowiązująca, nie była zrazu ściśle przestrzegana.

Pierwsze dzieło sądowo-lekarskie ogłosił Ambroży Paré, przyboczny lekarz króla Franciszka II., w 50 lat po ogłoszeniu ustawy Karolińskiej p. t.: *Tractatus de renunciationibus et cadaverum embaumatibus.* W dziele tem zastanawia się nad śmiertelnością ran, nad różnymi rodzajami śmierci, zwłaszcza u noworodków, nad sposobem stwierdzenia u kobiet dziewiczości, co jego zdaniem stanowi bardzo trudne zadanie, wszakże błona dziewicza jest nienaturalnym i niekoniecznym składnikiem ustroju, bo można ją w zupełności wykształconą napotkać zaledwie u jednej osoby na 1000. Obecność mleka w sutkach u dziewcząt uważa za objaw nie wykluczający wcale dziewiczości, gdyż mleko da się wycisnąć nieraz i u mężczyzn z brodawki sutkowej. Natomiast zaleca badać szyjkę i ujście macicy a to w celu rozstrzygnięcia wątpliwości, czy kobieta rodziła czy nie. Już z tej krótkiej treści traktatu Pareusza widnieje, że obok trafnych zdań mieszczą się w nim błędne mniemania. Tenże autor ogłosił jeszcze pracę o truciznach, w której omawia objawy występujące za życia po otruciu, wspomina jednak w niej także o sekcyi zwłok pewnego złodzieja, skazanego na śmierć krzyżową, później za zgodą króla pozbawionego życia przez podanie trucizny. Ponieważ ściany żołądka były czarne i kruche a zastosowane jeszcze za życia w celu doświadczalnym jako odtrutka *bezoar* nie zdołało zapobiedz śmierci, przeto sądzi, iż trucizną użytą w tym przypadku musiał być sublimat.

Po Pareuszu zasłużył się medycynie sądowej włoski lekarz Codronchi, który w końcu dzieła swego: *Methodus testificandi* umieścił zbiór wzorowych orzeczeń sądowo-lekarskich. Rok 1598. przynosi nam owoc zaszczytnej pracy uczonego Fortunata Fedelego, mianowicie pierwszy podręcznik medycyny sądowej zawarty w 4 księgach zatytułowany: *Fortunati Fidelis, medici, De relationibus medicorum libri quatuor in quibus ea omnia, quae in forensibus ac publicis causis medici referre solent, plenissime traduntur.* Nadto przekroczyłbym ramy swego wykładu, gdybym zechciał zdać dokładną sprawę z tego, że tak powiem klasycznego dzieła; wspomnę zatem tylko o kilku szczegółach wyjętych z niego, tem bardziej, że zapoznanie się dokładniejsze z zajmującą jego treścią ułatwił Blumenstok, poświęcając wielkiemu autorowi pokaźną a krytycznie wyczerpującą monografię. Śmiało można powiedzieć, że nie ma kwestyi, którejby Fedeli w dziele swem nie poświęcił wzmianki. Jeźli w omawianiu skutków uszkodzeń razi nas wiara w dnie krytyczne (3, 7, 9, 40), jeśli nas uderza tłómaczenie przyczyny śmierci z zaczadzenia brakiem zimnego powietrza, którego zadaniem jest łagodzić wysoką ciepłotę wnętrza naszego ustroju, to z drugiej strony wzbudza w nas podziw oświadczeniem, iż w przypadkach nagłej śmierci najczęstszą przyczyną bywają zaburzenia serca, iż obala błędne przekonania, jakoby kości kończyn u ludzi rażonych piorunem były złamane, jakoby zwłoki tych ludzi nie ulegały gniciu i t. d. W lat 20 po dziele Fedelego ogłasza protomedyk państwa kościelnego, Paweł Zachias pokaźną pracę *Quaestiones medicolegales*, w której zarzuca wiarę w dnie krytyczne w ocenianiu uszkodzeń cielesnych, omawia kwestyę zbiegu przyczyn śmierci, wyjaśnia, iż w utopieniu nie rozdęcie żołądka przez połknięcie wody staje się przyczyną

śmierci a nadto podaje zasady psychiatryi. Zna on już formę choroby umysłowej, w której przebiegu nie wydaje się upośledzoną inteligencya, natomiast czyny chorego noszą wybitne piętno patologiczne. Zna on już zatem obłąkanie moralne i popędowe. Występuje on przeciw prawu broczenia (*jus feretri, jus cruentationis*), uważając je za bezzasadne. A jednak mimo tylu trzeźwych spostrzeżeń, mimo krytycznego roztrząsania zabobonnych zapatrywań z przeszłości i współczesnych wspomina z zupełną wiarą o hrabinie Henneberg, która miała *uno partu* porodzić 365 płodów, oraz o pewnej kobiecie z czasów cesarza Fryderyka II., która wydała na świat 1514 płodów; tę drugą opowieść kończy uwagą: *cujus rei fides apud auctorem esto*. Trzej wymienieni włoscy autorzy stworzyli medycynę sądową; odtąd też mogła ona rozwijać się w miarę postępu innych nauk lekarskich wolno a stale.

Jeżli medycyna sądowa obejmuje dziś szeroki widokrąg, który nadto coraz to bardziej się powiększa, to zawdzięcza to w pierwszym rzędzie całemu szeregowi pracowników na tem polu, zawdzięcza to szybkiemu postępowi wszystkich gałęzi nauk lekarskich. W krótkim tym zarysie historycznym nie można pominąć milczeniem nazwisk autorów, którzy bogatem swem doświadczeniem, licznemi spostrzeżeniami i mozolną pracą do rozwoju medycyny sądowej przyczynili się w znakomity sposób. Nazwiska Orfili, Devergiego, Tardieu'go, Caspra, Maschki, Blumenstoka, Taylora, Schauensteina, Limana złotemi zapisały się głoskami.

Dotąd jednak opierał się rozwój medycyny sądowej na mniej lub więcej obfitych kazuistycznych spostrzeżeniach autorów; brakło mu podstawy wielce charakterystycznej dla dzisiejszego rozwoju innych nauk lekarskich i przyrodniczych, mianowicie nie dostawało mu podstawy eksperymentalnej. Tym, który dla wyświecenia tylu rozlicznych zagadnień, mających pierwszorzędne znaczenie w praktyce sądowej stworzył kierunek eksperymentalny, który studyum medycyny sądowej oparł w pierwszym rzędzie na zdobyczach anatomii patologicznej, chemii i t. d., który usilną pracą, znakomitymi wynikami badań i rozległego doświadczenia wyjednał medycynie sądowej równorzędne stanowisko wśród reszty nauk lekarskich, jest Hoffmann, słusznie przez licznych swych uczniów rozstrzelonych nietylko po Europie nazwany wielkim reformatorem naszej nauki.

Uporawszy się pokrótce z wyjaśnieniem celu naszej nauki i jej rozwoju wypadnie mi się zastanowić nad jej rozległością. Wspomniałem już, że medycyna sądowa czerpie swe soki żywotne z całokształtu wiedzy lekarskiej, stosując ją następnie do potrzeb praktyki sądowej. Ztąd też obejmuje ona w sobie zdobycze chirurgii, o ile one potrzebne celem wyjaśnienia rozlicznych uszkodzeń ciała, obejmuje zdobycze położnictwa i ginekologii, o ile bez nich niemożliwem jest ocenienie przypadków zgwałcenia, dochodzenia ciąży, porodu, spędzenia płodu, dzieciobójstwa, obejmuje zdobycze klinicznej psychiatryi, służącej jej za wyłączną podstawę do ocenienia stanów umysłowych ze względu na pytania w sprawie poczytalności i rozrządzalności. Wspierając się na anatomii patologicznej, toksykologii, chemii, rozstrzyga, czy śmierć w danym przypadku była wynikiem przyczyny naturalnej, czy też zależnej od woli i działania drugiej osoby. Do wykazania otrucia jako przyczyny śmierci dochodzi na podstawie anatomicznego obrazu, badania chemicznego treści, badania spektralnego, wreszcie doświadczenia fizyologicznego przy równoczesnem uwzględnieniu klinicznej symptomatologii. Nawet nauka tak nowa i tak na pozór nieprzedstawiająca znaczenia dla medycyny sądowej, jak bakteryologia oddaje jej niespożyte usługi w wyświecaniu licznych chorób przyrannych, ich źródła powstania, ich zależności od uszkodzenia danego. Już z tego wynika, jak słusznym jest zwyczaj przystępowania wówczas do studyum medycyny sądowej, kiedy się zapoznało z całokształtem umiejętności lekarskiej. Niejednokrotnie można się spotkać ze zdaniem, że medycyna sądowa nie stanowi w gruncie rzeczy odrębnej nauki, że studyum jej jest dla lekarza zupełnie zbytecznem; wszakżeż wystarcza być biegłym w zawodzie lekarskim, by na podstawie zasad nauki oddawać sądowi usługi znawcy, wszakżeż medycyna sądowa nie jest niczem innem, jak tylko przetrawieniem, kompilacyą, encyklopedyą nauk lekarskich. Zdanie to jednak, niestety tak często głoszone, pozbawione jest wszelkich podstaw. Już bowiem doświadczenie codzienne poucza, że nawet najbieglejszy w swym zawodzie lekarz nie zdoła ze sądem się porozumieć, nie będzie w stanie wypełnić roli znawcy, jeśli wychodząc z pomienionego zapatrywania na naukę naszą, nie zapoznawszy się z jej zarysem zechce wystąpić w roli znawcy. Ale nie tylko część formalna, tycząca się przedstawienia w mowie i w piśmie ocenienia sądowo-lekarskiego, nie tylko niezbędna znajomość szeregu paragrafów ustawy, mających styczność z kwestyami lekarskiemi stanowi jedyną cechę wynoszącą medycynę sądową do rzędu samoistnej nauki, w tym bowiem razie wystarczyłoby lekarzowi zapoznać się z właściwymi ustępami ustawy, aby przy swem zawodowem wykształceniu spełniać rolę znawcy. Medycynę sądową jako samoistną naukę wyodrębnia cel jej; tylko wówczas, jeśli ten cel mamy na oku, jesteśmy w stanie w tym labiryncie wiedzy lekarskiej wyszukać to, na co długoletnie doświadczenie sądowo-lekarskie jako niezbędne w praktyce zwróciło uwagę; ten zaś cel tylko mając na oku, wzbogaceni nadto doświadczeniem w biegu lat nabytem a przekazanem nam z tem zastrzeżeniem, by je uzupełniać i rozwijać dalej, możemy należycie ocenić i zrozumieć zdobycze reszty nauk lekarskich jako nam potrzebne, możemy je obaczyć w tem świetle, jakie cel nasz przewodni na nie rzuca. Wreszcie są zagadnienia natury czysto specyalnej, na odgadnienie których znajomość reszty nauk lekarskich bynajmniej nie wpływa. I tak żadna z nauk lekarskich nie zaznajamia nas ze zmianami pośmiertnemi, z dziejami naszego organizmu od chwili śmierci aż do czasu, w którym on wedle słów Pisma Św. w proch się obraca. Również nie zaznajamia nas żadna nauka lekarska z zasadami stwierdzania tożsamości osoby, z zasadami, na podstawie których bylibyśmy w stanie odróżnić powieszenie od zadławienia lub strangulacyi, samobójstwo od morderstwa lub przypadku, nie zaznajamia nas z zasadami, po których bylibyśmy w stanie poznać, czy człowiek za życia lub po śmierci dostał się do wody lub ognia, czy był otrutym, czy też trucizna wtargnęła dopiero po śmierci w jego narządy, czy dziecię urodziło się żywem i jak długo żyło, słowem medycyna sądowa zajmuje sie całym szeregiem zagadnień, na które sama przez się tylko jest w stanie dać wyjaśnienie. Nie można zatem odmówić medycynie sądowej jej wyłączności i odrębności, nie można jej także odmówić doniosłego znaczenia. Lekarz jest stróżem owego szacownego skarbu, zdrowia fizycznego; lekarz sądowy rozstrzyga wielokrotnie o wielkim skarbie doczesnym, bo o naszej sławie,

o naszem dobrem imieniu, o czci, wolności a nawet o życiu. Ztąd też, jeźli lekarz sądowy jest tak zaufaną osobą dla sądu, jeźli od jego zdania zawisło dobre imię i bezpieczeństwo bliźnich, to należy odeń wymagać, aby sumiennie obeznany z naukami lekarskiemi w ogóle, w szczególności zaś z zasadami medycyny sądowej wstępował na arenę swej trudnej a nazbyt często niewdzięcznej działalności. A jak należy uczyć się tych zasad medycyny sądowej, aby wypełniać w przyszłości owe doniosłe w skutkach obowiązki znawcy w sposób zgodny z celem naszej nauki?

Teorya nauki naszej, jak wogóle każdej nauki praktycznej, to kaganek rozświetlający bezdroża praktyki. Znać ją trzeba koniecznie, w przeciwnym razie na każdym kroku nie trudno o pomyłki w następstwa brzemienne. Mojem staraniem będzie przedstawić Panom teoryą medycyny sądowej w tym zarysie, jaki obecna fala czasu nam nadarza; jeżeli wykład uniwersytecki obejmie nieco szerszy zakres, niżby wskazywały wymagania przyszłej praktyki Panów, jeźli niejednokrotnie pozwolę sobie przedstawić Panom teorye i kwestye sporne w nauce, to z drugiej strony postaram się o odpowiednie podkreślenie tego, co dla życia praktycznego doniosłe i konieczne.

Ale ponad teoryę muszę zwrócić uwagę na częć praktyczną. Ćwiczenia sekcyjne będą miarą bystrości i biegłości Panów w nowym zakresie; one to złożą się na właściwe przysposobienie Panów do trudnych i odpowiedzialnych obowiązków znawcy. A ponieważ rola znawcy nie kończy się na dochodzeniu przyczyny śmierci, na oględzinach i sekcyi zwłok, ale odnosi się także go oględzin ludzi żyjących, będzie przeto w przyszłości mojem zadaniem i w tym względzie Panów przygotować praktycznie. Medycyna sądowa, powiedzieliśmy, to nauka zastósowana, praktyczna; wielki Casper wydał nieocenione dzieło, w którem zamknął skarby olbrzymiej kazuistyki, dzieło z nagłówkiem: *Klinische Novellen zur gerichtlichen Medicin.* Widać, że i u niego w chwili, gdy kreślił nagłówek dzieła powyższego, świtała myśl stworzenia kliniki sądowo-lekarskiej, tak jakby to należało się godnie nauce praktycznej, równorzędnej tym, które już z dawna posiadają podobne zakłady.

Zamiarem mojem będzie, jeżeli już nie klinikę, to stworzyć poliklinikę sądowo-lekarską, w której Panowie ćwicząc swe siły, zdobywać będziecie bystrość i doświadczenie rozważnych znawców, przyjaciół sprawiedliwości, chluby tej szkoły i zakładu, w którym spędziliście lata ćwiczeń.

II. Z pracowni Zakładu higienicznego profesora Bujwida w Krakowie.

O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Pomijając ten ostatni gatunek jako znaleziony w zmianach twardzielowych w nosie, widzieliśmy, iż prawie zawsze można w ozenie znaleść jakąś bakteryę, wywiązującą woń mniej lub więcej cuchnącą, to przecież nie znalazłem żadnej bakteryi, któraby stale napotkać można. Czy więc cuchnienie zostaje w jakimś stosunku do bakteryj, z powyższego na pewno rozstrzygnąć nie mogę; zdaje się jednak, iż obecność bakteryj cuchnących odgrywa tu pewną rolę a zachodziłoby tylko pytanie, czy cuchnienie to zależy od jednego tylko gatunku.

Brak bakteryi cuchnącej w pozostałym jednym przypadku nieżytu cuchnącego tłómaczę sobie tem, iż cuchnienie tu było bardzo nieznaczne tak, iż dopiero za bezpośrednim zbliżeniem się do chorej, czuć było słabą woń; chorą tę widziałem także później w różnych czasach i przekonałem się, iż cuchnienie tu nie zwiększało się, ale owszem pozostało bardzo nieznaczne, mimo, iż chora nosa sobie nie przemywała, jak jej polecono a jedynie z powodu wysychania w gardle szukała ponownie pomocy.

Nie zaniedbam przeto dalszych badań w tym względzie, gdyż szukanie przyczyny cuchnienia w bakteryach, wydaje mi się bardzo prawdopodobnem. Zapatrywanie Rethiego wymagałoby potwierdzenia, ale zmierzającego w dwóch kierunkach, nietylko zajmującego się wytłómaczeniem głównej istoty ozeny, to jest cuchnienia, ale równocześnie przekonaćby się należało co do obecności w tych przypadkach ozeny bakteryj otoczkowych właściwych zanikowi.

Pozostało mi jeszcze jedno pytanie do odpowiedzi, mianowicie, czem się różni prątek ozeny od nadzwyczaj do niego podobnego prątka twardzieli *(scleroma)*. Jedynie Loewenberg wspomina pokrótce o bakteryi otoczkowej twardzieli, podając, iż prątek ten barwi się metodą Grama, co go stanowczo odróżnia tak od prątka ozeny, jak i od prątka Friedlandera. O ile prątek Friedländera posiada wiele innych różnic zasadniczych tak od prątka Loewenberga jak i od prątka Frischa, to dla tego ostatniego metoda Grama miała stanowić główną różnicę. Nadzwyczajny materyał twardzieli, jaki mam w oddziale prof. Pieniążka, nastręczył mi dosyć sposobności do poznania bliższego i prątka twardzieli. Tak z wydzieliny z nosa, względnie w ogóle z górnych dróg oddechowych, jak i z kawałków tkanki usuwanej jużto w celach leczniczych, jużto dla badań mikroskopijnych, otrzymane czyste hodowle twardzieli badałem tak na różnych pożywkach, jak i przerabiałem doświadczenia na zwierzętach. Kształt prątka twardzieli, jak i zachowanie się jego na pożywkach, nie stanowiły żadnych różnic od prątka ozeny tak, że gdybym nie znaczył probówki, względnie różnych hodowli, nie potrafiłbym ich od siebie odróżnić; dostrzegłem tylko, iż prątek twardzieli na pożywkach zakwaszonych rozwijał się nieco gorzej, niż prątek ozeny tak, iż przy pewnej kwasocie nie rozwijał się wcale, gdy z bulionu na pozór przeźroczystego zaszczepionego prątkiem ozeny, po zaszczepieniu na agar-agar zyskiwałem nową kulturę. Mysz biała szczepiona pod skórę padała niestale, raz dopiero po 19 dniach a w ogóle z dziesięciu myszy szczepionych padło sześć, co mogłoby świadczyć o mniejszej chorobotwórczości dla myszy prątka twardzieli, aniżeli prątka ozeny. Świnka morska jak i królik zachowywały się podobnie, jak w doświadczeniach z prątkiem ozeny. Paultauf i Eiselsberg [20]) podają również, iż prątek twardzieli

---

[20]) Paltauf und Eiselsberg: Zur Aetiologie des Rhinoskleroms. Fortschritte der Medicin 1886. Nr. 19. i 20.

wprowadzony pod skórę świnkom lub królikom nie zabija zwierząt i że w ogóle królik jest bardzo odpornym; podobnie zauważył Wołkowicz[21]) i inni. Paultauf i Eiselsberg podają również niestałość w zachowaniu się myszy białej za wstrzyknięciem podskórnem; z 8 szczepionych myszy padło tylko cztery.

Doświadczenia na zwierzętach nie dają więc również żadnego pewnego wyniku. Pozostała przeto metoda Grama, według której ma się barwić prątek twardzieli. Jak w ogóle metoda Grama nie jest zupełnie pewną, (n. p. przy barwieniu prątków błoniczych według innych autorów), tak i tu nie dała mi wyników, na którychby można było polegać. Barwiąc, brałem zawsze równocześnie dla kontroli prątek ozeny, trzymając się ściśle pewnie oznaczonego czasu tak co do barwienia, jak i odbarwiania. Przekonałem się, iż stósując się do czasu podanego w metodzie Grama, to znaczy trzymaniu preparatu przez 1—2 minuty w barwiku a 30 sekund w roztworze jodu i jodku potasu, w każdym razie otrzymam odbarwienie, mimo iż brałem kultury z pierwszych 24 godzin. Barwiłem więc następnie przez 4 minuty, odbarwiając 15 i 5 sekund i w tych nawet razach prątek tak twardzieli jak i ozeny równie się odbarwiały, lub miejscami barwiły się bardzo blado tak, iż jeżeli gdzie, to tu metoda Grama nie uwydatnia różnicy. Pozostałoby jeszcze zbadanie toksyn bakteryj twardzieli i porównanie ich z toksynami bakteryj ozeny, które zbadał Loewenberg, pierwsze jednak ze względu na brak stałej chorobotwórczości prątka twardzieli dla pewnego zwierzęcia przeprowadzić się nie da.

To pozorne nadzwyczajne podobieństwo obu tych bakteryj mogłoby nasuwać pytanie, czy prątki te nie są identycznemi a czy dopiero odpowiednie stosunki nie zmieniają ich chorobotwórczości. Ze stanowiska klinicznego, które nam pozwala na pewno w każdym razie odróżnić obie te sprawy chorobowe od siebie, jak niemniej ze stanowiska anatomopatologicznego, jest to nieprawdopodobnem. Brak pewnych stałych danych w odróżnieniu prątka twardzieli od prątka ozeny, obniża tylko wartość rozpoznawczą badania wydzieliny z nosa; dla odróżnienia zresztą obu tych chorób od siebie dostatecznie charakterystycznych, badanie wydzieliny jest zbytecznem. Inną jest rzeczą szczepienie wprost z tkanki w celach rozpoznawczych twardzieli; wynik pomyślny tego szczepienia ma niezawodne znaczenie, gdyż są nieraz kawałki, w których barwienie z trudnością tylko wykazuje prątki, szczepienie zaś ułatwia nam nadzwyczaj pewność wyniku badania. Naturalnie, że tak w szczepieniu z jednego jak i badaniu jednego kawałka, w razie wyniku niepomyślnego, nie można jeszcze wykluczyć twardzieli, gdyż nieraz należy zbadać kilka kawałków, zanim się znajdzie zmiany charakterystyczne lub prątki, których jednak wykazanie przez szczepienie jest nierównie czulszem, aniżeli przez barwienie.

Nie mając zamiaru tworzenia nazwy nowej, przecież ze względu, iż prątek otoczkowy znajduje się stale w przewlekłym nieżycie nosa zanikowym, bez względu, czy mu cuchnienie towarzyszy, czy nie i którego związek z zanikiem jest rzeczą, zdaje się, pewną, nie nazywałbym prątka tego prątkiem ozeny, którym właściwie nie jest, gdyż nie od niego zależy cuchnienie z nosa, ale nazwałbym go prątkiem otoczkowym nieżytu zanikowego nosa *(bacillus capseolatus rhinitidis atrophicae)*. Nazwa ta odpowiadałaby zresztą wyrażeniu się klinicznemu, dziś ogólnie przyjętemu, gdyż mówimy obecnie o nieżycie przewlekłym zanikowym, zwykłym lub cuchnącym.

W końcu wspomnę o doświadczeniu, do którego myśl podał Loewenberg, mianowicie, by ze względu na różny charakter sprawy chorobowej w zaniku a w twardzieli, spróbować choremu cierpiącemu na twardziel nosa przeszczepić prątek sprowadzający zanik. Pierwszą drogą byłoby właściwie zaszczepienie prątka zanikowego na prawidłowej błonie śluzowej, dalej dotkniętej przerostem, obu tych jednak doświadczeń, zdaje się, nikt nie podejmie; doświadczenia zaś poleconego przez Loewenberga nie tylko podjąć się można, ale nawet z korzyścią byłoby ono dla chorego, w razie pomyślnego wyniku. W tym celu w jednym przypadku u chorego ze zwężeniem jam nosowych z powodu nacieku zajmującego dno jamy nosowej i przechodzącego na boki wprowadziłem do oczyszczonej jamy nosowej lewej na tamponiku z waty sterylizowanej bulion z kultury dwudniowej bakteryj zanikowych. Już drugiego dnia dostrzegłem zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, obok zwiększenia się wydzieliny śmietankowej. Chory skarżył się na zatkanie nosa z tej strony, czego przedtem nie było; objawy te utrzymywały się przez pięć dni, w końcu reakcya minęła a chory po niejakim czasie opuścił szpital z poleceniem zgłoszenia się po kilku miesiącach. O przetrzymywaniu chorego mowy nie było a zresztą na wynik doświadczenia trzebaby było czekać miesiące całe; czy jednak, gdy chory wspomniony powróci, znajdę jaki skutek, nie wiem; nie omieszkam jednak w odpowiednich przypadkach spróbować ponownie. Powtarzam tylko, iż brak odpowiedniej kontroli utrudnia bardzo doświadczenia. W pewnych przypadkach twardzieli znaleść możemy w nosie przewody szerokie, błonę śluzową o wejrzeniu zanikowem; znając jednak wyż wspomniony przypadek dokładnie, potrafię ocenić ewentualne zmiany. Przypadek ten zresztą z powodu rozległości zmian w nosie tylko większe jeszcze zwężenie jamy nosowej sprowadzi. W ostatnich czasach ponowiłem wspomnione doświadczenie w innym przypadku, przenosząc jednak prątek zanikowy do obu jam nosowych, gdyż zmiany chorobowe jako ostateczny skutek twardzieli, w każdym razie sprowadzą zwężenie jam nosowych. Obaj ci chorzy na zwężenie krtani z powodu twardzieli niezawodnie po upływie pewnego czasu wrócą do naszego oddziału.

Wielmożnym Panom prof. Bujwidowi za Jego pomoc a prof. Pieniążkowi za pozwolenie korzystania z materyału oddziałowego składam serdeczne podziękowanie.

W Październiku 1895.

---

[21]) Wołkowicz: Das Rhinosklerom. Langenbeck's Archiv. Tom XXXVIII. Rok 1888.

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego
(ectopia vesicae).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
1-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895. roku).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Zajmując się chirurgią moczowodów doświadczalnie i przekonawszy się, że operacye przeszczepiania moczowodów u zwierząt nie dają tak złych wyników, postanowiłem użyć tej radykalnej metody w naszym przypadku. W tym celu w dniu 23. Kwietnia r. b. po uśpieniu chorego chloroformem, wykonałem operacyę następującą:

Po odpowiedniem przygotowaniu pola operacyjnego poprowadziłem cięcie od wierzchołka wynicowanego pęcherza w obie strony wzdłuż brzegu błony śluzowej, oddzielające ją od skóry powłok brzusznych. Cięcie to sięga przez całą grubość ściany aż do jamy otrzewny, w której powstał dość znaczny otwór, odsłaniający trzewy. Z wielką ostrożnością należało okroić część dolną pęcherza i przeciąć poprzecznie jego szyjkę, ażeby nie uszkodzić moczowodów i otaczającej ich tkanki zawierającej naczynia krwionośne. W tym celu do każdego z moczowodów wprowadziłem cienką świeczkę elastyczną *(bougie filiforme)*, co wyraźnie uwidoczniało ich przebieg i kontury. Oddzieliwszy naokoło cały pęcherz, który połączony był już tylko przez moczowody i otaczającą je tkankę, przystąpiłem do wycięcia go z pozostawieniem odpowiedniego kawałka ściany. Nożyczkami wykroiłem z dolnej części jego ściany część kształtu owalnego, zawierającą w sobie znaczną część trójkąta Lieutauda tak, że brzegi otrzymanego wycinka oddalone były na centymetr od otworów moczowodów, pozostałą zaś część pęcherza usunąłem zupełnie. Wycinek miał koło 4 cm. długości, 2 cm. szerokości. Owinąwszy całą tę część wraz z moczowodami w gazę sterylizowaną, odszukałem jelito grube po stronie lewej i w zgięciu esowatem *(flexura sigmoidea)* na wypukłej powierzchni, przeciwległej do przyczepu kreski, zrobiłem przecięcie podłużne, długości koło 6 cm. przez całą grubość ściany aż do światła. W otwór ten włożyłem wyciętą część pęcherza tak, iż strona prawa elipsy zetknęła się z końcem dolnym, strona zaś lewa z końcem górnym nacięcia jelitowego, poczem założyłem dwupiętrowy szew katgutowy, którego rząd pierwszy, ciągły łączył błony śluzowe kiszki i pęcherza, rząd zaś drugi także ciągły łączył pozostałe warstwy jelita, mięsną i surowiczą z warstwą mięsną wycinka pęcherzowego; wreszcie dla większej pewności dodałem w kilku miejscach jeszcze szwy węzełkowe, naciągające surowiczą jelita ponad linią zeszycia i łączące ją z powierzchowną warstwą wszytego wycinka. Pozostawało więc zapuścić wgłąb na miejsce zeszyte jelito i zamknąć jamę brzuszną. To ostatnie uskuteczniłem za pomocą pięciu szwów jedwabnych węzełkowych, przeprowadzonych przez całą grubość powłok brzusznych wraz z otrzewną. W ten sposób dało się zeszyć $^2/_3$ górne otworu brzusznego; w pozostałej części dolnej odpreparowałem nieco otrzewną ścienną małej miednicy, przez co mogłem zbliżyć do siebie przecięte jej brzegi, które zeszyłem szwem katgutowym. Przez to jama otrzewnowa została zamknięta w zupełności; pozostała tylko tuż nad brzegiem kości łonowych niewielka powierzchnia, nie pokryta powłokami brzusznemi, którą wytamponowałem gazą, na cały zaś brzuch założyłem duży opatrunek aseptyczny.

W ciągu pierwszych dwóch dni po operacyi chory skarżył się tylko na znaczny ból w ścianie brzusznej. Do odbytnicy wprowadzono gruby dren, przez który odpływa ciecz brudno-mętna, nieco krwawa. Ilość wydzielonego moczu pierwszego dnia 1500 cm.³, drugiego 2100; badany w tym dniu po dokładnem przefiltrowaniu mocz okazuje wyraźne ślady białka. Trzeciego dnia wraz z pierwszym stolcem dren wypadł i więcej go nie wkładano. Natomiast zaleciłem choremu, aby przynajmniej co 2 godziny kazał sobie podawać basen i wypróżniał się; w ten sposób chciałem uniknąć większego nagromadzania się moczu w odbytnicy, co z jednej strony źle mogłoby oddziaływać na miejsce zeszycia, z drugiej zbyt trudne stawałoby zadanie zwieraczom odbytnicy, nie przyzwyczajonym jeszcze do nowej, podwójnej roli, zatrzymywania kału i moczu. Chory przy odpowiednim dozorze łatwo przyzwyczaił się do tego dwugodzinnego wypróżniania się, w przerwach zaś pomiędzy jednem a drugiem *continentia* była zupełna.

Ciepłota w ciągu pierwszego tygodnia była podgorączkowa, nieprzechodząca jednak nigdy ponad 38° C. Podmiotowo czuł się chory coraz lepiej; bóle brzucha ustały zupełnie. 10-go dnia miał ból w prawej okolicy lędźwiowej, który jednakże ustąpił po 2 dniach zupełnie. Chory wypróżnia się poczynając od końca drugiego tygodnia rzadziej; zwykle rano oddaje mocz wraz z dość obfitym stolcem, w ciągu zaś pozostałej doby oddaje sam mocz w odstępach 3—4 godzinnych. Pożywienie chorego przeważnie mleczne, raz na dzień na obiad dostaje mięso; w ciągu dnia mleko pod wszelkiemi postaciami *ad libitum.* Badanie moczu w tym okresie nie wykrywa już białka, za to w osadzie zwiększone ilości kryształków soli i obfitość elementów morfologicznych.

Piętnastego dnia po operacyi zmieniłem po raz pierwszy opatrunek. Zeszyta rana brzuszna zagojona *per primam*; kąt dolny wypełniony ziarniną, która wybujała zanadto ponad poziom skóry. Szwy wyjąłem; ziarninę nieco przypaliłem azotanem srebra i założyłem nowy opatrunek.

W tydzień potem chory mógł siedzieć na łóżku, po następnym zaś tygodniu, czyli w 4 tygodnie po operacyi pozwoliłem mu wstawać i zacząć chodzić. Waga chorego przez ten czas spadła o 6 kilogr. (z 62 na 56 kilogr.).

Przebieg dalszy był zupełnie pomyślny. Chory przebywał całymi dniami w ogrodzie, odzyskał apetyt i zaczął stopniowo przybierać na wadze. Wypróżnienia odbywa zupełnie z wiedzą i wolą, zwykle raz na dzień stolce z moczem i mniej więcej 4 razy mocz. Utrzymywanie moczu jak najdokładniejsze, ze strony *rectum* żadnych objawów chorobowych wykazać nie można, ani przedmiotowo, ani podmiotowo, badając palcem. Raz jeden jeszcze chory nastraszył mnie w szóstym tygodniu po operacyi skargą na ból tępy w tym samym prawym boku, badanie jednak nie wykazało w okolicy nerki żadnej głębszej bolesności i bóle

te przy spokojnem leżeniu przez dobę i ciepłych okładach znikły bezpowrotnie. Rana granulująca w części dolnej brzucha dość szybko pokryła się naskórkiem tak, że w końcu szóstego tygodnia chory był zupełnie wygojony; jeszcze prawie przez dwa miesiące pozostawał on w klinice i w końcu Lipca b. r. a więc przeszło w trzy miesiące po operacyi w zupełnie dobrym stanie zdrowia i zyskawszy od operacyi koło 5 klgr. wagi odjechał do domu.

W tym więc przypadku *ectopiae vesicae* metoda radykalna dała wynik wyborny. Przez nią usunięte zostały dwa główne, przykre następstwa tego stanu patologicznego: wynicowanie błony śluzowej pęcherza i ciągłe wylewanie się moczu na zewnątrz, dzięki czemu ten pożałowania godny kaleka, nie mogący się ani przyzwoicie ubrać, ani pracować z innymi, stał się człowiekiem zdrowym, zdolnym do pracy i obcowania z ludźmi.

Lecz... *en chirurgie, le succes ne justifie rien par lui-même... Plus la chirurgie devient entreprenante, plus elle doit calculer toutes les conséquences de son intervention....* napisał Ollier i trudno nie przyznać mu słuszności. Rzeczywiście sam dobry wynik operacyi doraźny nie stanowi jeszcze wszystkiego i nie rozstrzyga o jej wartości; do tego należy umotywować każdy jej szczegół, dowieść słuszności jej założenia i przewidzieć, o ile można jak najdokładniej, bliższe i dalsze jej następstwa. Czy więc to nasze postępowanie jest usprawiedliwione i może stanowić zasadniczą metodę leczenia operacyjnego *ectopiae vesicae?* Nad tem się zastanowimy.

Każdy zabieg operacyjny dwie ma w stosunku do chorego strony działania: z jednej, sprawia pewną szkodę fizyczną czy psychiczną, chwilową czy dłużej zostającą; z drugiej, przynosi choremu ratunek albo idealny, t. zw. *restitutio ad integrum*, albo względny, stwarzający dlań stosunki lepsze od tych, które istniały przed operacyą. Z zestawienia obydwóch stron, z rozważenia tego *minus* i *plus* wpływu operacyi na różne funkcye chorego ustroju, wnioskować można dopiero o wartości danego zabiegu operacyjnego.

W naszym przypadku owe plusy są wyraźne i mówią same za siebie; rozpatrzmy więc te strony ujemne, które operacya sprowadza lub sprowadzić może. Przedewszystkiem zatem strona techniczna operacyi. Pod tym względem cała główna trudność zabiegu polega na wszyciu wyciętej części pęcherza do otworu w jelicie, co nie różni się zasadniczo od innych operacyj połączonych ze szwem kiszkowym, który tak tu, jak i zawsze zakładać należy, ile można, jak najdokładniej. Oddzielenie pęcherza i wycięcie z niego części owalnej, zawierającej moczowody wymaga tylko ostrożności, cała więc technika zabiegu nie odstrasza bynajmniej trudnością.

Pozostają więc następstwa operacyi i w tem tkwi jądro sprawy. Pomijam tu rozejście się szwów ze wszystkiemi zgubnemi następstwami, gdyż to, jako będące prawie zawsze winą wykonania, lecz nie samej operacyi, zdarzyć się może zawsze i wszędzie, nie może tu być roztrząsane. Zobaczmy więc, jakie są następstwa operacyi udałej o przebiegu i gojeniu się prawidłowem.

Rzeczywiście, wytworzone przez operacyę zupełnie nowe stosunki anatomiczne przedstawiają poważne niebezpieczeństwo dla chorego z dwóch względów. Pierwszy z nich, to sąsiedztwo bezpośrednie dróg moczowych ze światłem jelita, grożące każdej chwili zakażeniem moczowodów a przez nie miedniczek i nerek. Jest to niebezpieczeństwo poważne, stwierdzone doświadczeniem na przypadkach klinicznych i setkach zwierząt doświadczalnych, niebezpieczeństwo, które skłania wielu autorów do doradzania zupełnego porzucenia tych operacyj, jako zawsze prowadzącej do *exitus lethalis*. Czy tak jest źle w istocie, czy przeszczepienie moczowodu do kiszki prostej zawsze musi wywołać jego zakażenie i zapalenie ropne nerek? Pomyślne wyniki w przypadkach Maydla i naszym temu przeczą; również przeciw temu przemawiają niektóre z wyników moich doświadczeń na psach.

Zarzucićby można, że zakażenie nerek rozwinąć się jeszcze może z czasem i u naszego chorego; jest to, rzecz prosta, zawsze możliwe, lecz przypuszczeniu temu przeczą spostrzeżenia. Chory był w klinice przeszło przez 3 miesiące po operacyi; infekcya więc, gdyby miała nastąpić, miała czas, aby się rozwinąć, tembardziej, że powstaje ona, jak tego dowodzą przypadki kliniczne i doświadczalne, bardzo rychło, w ciągu pierwszych dni po operacyi, najpóźniej w ciągu pierwszych tygodni. Zdaje mi się jednak, że przyczyny odmiennych wyników szukać należy gdzieindziej a mianowicie w sposobie zakończenia moczowodów, wszytych w ścianę jelita.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

H. Kowalski: **Leczenie gruźlicy w świetle bakteryologii.**

Autor monografii o cholerze azyatyckiej, znany czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* z kilku artykułów z zakresu pedyatryi, ogłosił w bieżącym roku w *Przewodniku hygienicznym* rozprawę pod powyższym tytułem.

W pierwszej połowie swej pracy zbiera Kowalski i w systematycznym porządku zestawia wszelkie środki lecznicze, używane przeciw gruźlicy od chwili wykrycia laseczników gruźliczego aż do ogłoszenia Kocha o działaniu tuberkuliny na ustrój na gruźlicę cierpiący. Krytyka tuberkuliny wypadła bardzo dobrze i jest wyczerpująco napisana. Jako pierwszych, którzy u nas wiarę w działanie tuberkuliny zachwiali, przytacza Kowalski Gluzińskiego, Browicza i Herynga.

Następnie omawia Kowalski zwolenników i przeciwników kreozotu a przytaczajac zalety węglanu gwajakolowego i kreozotowego dochodzi do wniosku, że na suchoty płuc rozwinięte, z wyraźnem stłumieniem i rzężeniami w szczycie choćby jednego płuca, z towarzyszącą temu gorączką i potami nauka lekarska nie znalazła dotąd swoistego środka.

W drugiej części rozprawy przytacza Kowalski wyniki najnowszych badań gruzełka, dokonanych przez Kostenicza i Wołkowa i określa postępy na polu bakteryologii, w szczególności zaś sposób przyrządzania i działania surowic leczniczych. Wychodząc z założenia, że surowica krwi koguta, od natury przeciw tężcowi uodpornionego nabiera dopiero wtedy siły uodporniającej dla innych zwierząt, jeżeli się kogutowi szczepi laseczniki tężcowe lub ich toksyny, Kowalski powziął myśl, czyby zapomocą podskórnych wstrzykiwań tuberkuliny kozie, uchodzącej za uodpornioną od natury przeciw gruźlicy, nie dało się otrzymać surowicy leczącej gruźlicę.

W tym celu podjął K. wspólnie z prof. Bujwidem w jego zakładzie szereg doświadczeń na zwierzętach z surowica krwi kozy szczepionej tuberkulina z następującym wynikiem:

1) Tuberkulina w ilości 2—10 cm.³ wstrzyknięta kozie pod skórę, z wyjątkiem gorączki kilka dni trwającej, nie

wywołuje żadnych innych objawów chorobowych, w skutek czego koza w okresach bezgorączkowych na wadze przybiera.

2) Surowica krwi kozy, której poprzednio w pewnych odstępach czasu 40 cm³. tuberkuliny zaszczepiono, wstrzyknięta pod skórę zdrowym zwierzętom, podnosi ich ciepłotę ciała na krótki czas o 0·6 do 1° Cel., nie uodpornia jednak zwierząt przeciw gruźlicy, nie leczy ich, gdy już na gruźlicę chorują, i nie powstrzymuje wystąpienia gorączki u zwierząt gruźlicą dotkniętych, chociaż im nawet sporą ich ilość zmieszaną z bardzo małą ilością tuberkuliny pod skórę wstrzyknięto.

W końcu swej rozprawy nadmienia K., że w czasie, w którym wspólnie z prof. Bujwidem robił powyższe doświadczenia, pojawiła się w *Semaine médicale* Nr. 35. z d. 10. Lipca b. r. wzmianka o pracy Boineta z Marsylii o leczeniu gruźlicy ludzi surowicą krwi kóz szczepionych tuberkuliną i to w trzech przypadkach z ośmiu z wynikiem dość pomyślnym.

Na podstawie ujemnego wyniku własnych doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach ocenia K. pracę Boineta za nieuzasadnioną i mogącą szkodliwie wpływać reklamą dla środka, który nie posiada mocy ani uodporniania zdrowych zwierząt przeciw gruźlicy ani leczenia już chorych na gruźlicę.

Wogóle cała rozprawa Kowalskiego jest napisana treściwie, jasno, językiem czystym i ma tę wielką zaletę, że nie tylko daje dokładny obraz i ocenę wszystkich środków leczniczych, przeciwko gruźlicy aż do dzisiejszej chwili używanych, ale nadto zwalcza reklamę surowicy Boineta, u którego niejeden z chorych na gruźlicę mógłby się dać uwieść do zasięgania rady. (Osobne odbicie z *Przewodnika hygienicznego.* 1895. Nr. 9. i 10.). *Pareński.*

K. Thue: **Przyczynek do etyologii zapalenia opłucny.**

Spostrzeżenia autora na wielkim materyale oparte i dłuższy czas prowadzone rzucają nowe światło na etyologią zapalenia opłucny.

Z 35 przypadków zapalenia opłucny z wysiękiem surowiczym jeden raz tylko stwierdzono u chorego badaniem przedmiotowem gruźlicę płuc, 2 razy ostry gościec, wreszcie przypadków zmian nie wykazano i zdawało się, że się ma do czynienia z pierwotnem zapaleniem opłucny; tymczasem w kilka lat później przedsięwzięte dochodzenie wykazało, że 60 procent tych chorych, wrzekomo z owej *pleuritis* uleczonych zmarło na gruźlicę. Autorowi zdaje się jednak, że procent ten jest jeszcze większy i że t. zw. pierwotne zapalenie opłucny z wysiękiem surowiczym ma prawie zawsze tło gruźlicze.

W przypadkach opisanych badano wypocinę także bakteryologicznie a mianowicie za pomocą aseptycznej strzykawki otrzymaną wydzieliną szczepiono zwierzęta (króliki, myszy), zakładano hodowle, wreszcie osad otrzymany za pomocą centryfugi badano mikroskopijnie. 18 razy na 30 badanych przypadków wypadło badanie zupełnie ujemnie, z 12 pozostałych przypadków stwierdzono raz prątki gruźlicze, raz paciorkowiec, raz gronkowiec złoty i biały, 4 razy gronkowiec biały, 2 razy koki bliżej określić się niedające, raz *micrococcus cereus*, wreszcie dwie świnki uległy gruźlicy, chociaż prątków w wypocinie niewykazano.

Widzimy ztąd, że rola bakteryj w tej chorobie nie jest bardzo jasną; co do gruźlicy należy mieć na uwadze tę okoliczność, że tylko dodatni wynik przemawia za gruźlicą, ujemny wynik badania i szczepienia na zwierzęciu gruźlicy jeszcze nie wyklucza.

Z 23 przypadków zapalenia opłucny z wysiękiem ropnym znaleziono 14 razy pneumokoki, 2 razy paciorkowiec, 2 razy obok paciorkowca gnilne bakterye (obok *pleuritis* była także zgorzel płuca), raz paciorkowiec i gronkowiec, raz prątki gruźlicze (w *pyopneumothorax*), 2 razy badanie nic nie wykazało. *(Centralblatt für Bakter.* XVIII. 1895).

Dr. Raczyński.

Dyagnostyka.

Rindfleisch (prof. w Wirceburgu): **W sprawie wykazywania laseczników gruźliczych w plwocinach.**

Z przyczyny, że laseczniki gruźlicze mieszczą się głównie w ropie jam w płucach, do której miesza się wydzielina oskrzeli, z przyczyny następnie, że wydzielina oskrzeli składa się z odosobnionych krążków śluzowych, do których nie mogą dostać się laseczniki gruźlicze, oczywistą jest rzeczą, że najwięcej laseczników rzeczonych znajdywać się musi w płynie między krążkami śluzu. Należy przeto wziąć zwilżony nieco wodą, zwykły pędzel od tuszu i nim wymięszać dobrze plwocinę. Jeżeli go się potem wyjmie, na pozór nic na nim nie ma; jeżeli się nim jednak pomaże szkiełko nakrywkowe, to znaleść można w tak cienkiej warstwie stósunkowo dużo laseczników gruźliczych. Oczywiście, że do każdego badania z osobna trzeba brać nowy pędzel. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 48. 1895). *R.*

Położnictwo.

Pinard: **O pieczy nad płodami wśród macicy** *(puériculture intra-utérine)* (z posiedzenia paryskiej akademii lekarskiej w dniu 26. Listopada 1895).

Autor przekonał się już oddawna w klinice Baudelocqua, że najzdrowsze dzieci pochodziły z matek, które na kilka dni przed zlegnięciem przebywały w właściwych schroniskach dla kobiet ciężarnych. To skłoniło go do zbadania tej okoliczności a mianowicie przekonania się, jaki jest ciężar dzieci urodzonych przez matki przebywające i pielęgnowane bądź w schronisku właściwem, bądź w sypialniach klinicznych a jaki jest ciężar dzieci urodzonych przez matki, które pracowały aż do samego zlegnięcia.

Owoż pokazało się, że ciężar dzieci 500 kobiet, które pracowały aż do samego porodu, wynosił po 3010 gramów, ciężar dzieci 500 kobiet przebywających 10 dni pod porodem w schronisku wynosił po 3290 gramów a ciężar dzieci matek przebywających w sypialniach kliniki Baudelocqua wynosił po 3366 gramów czyli że najmniej ważą dzieci matek pracujących zwykle ciężko aż do samego porodu.

Co się tyczy różnicy w ciężarze dzieci urodzonych przez matki, które przebywały we właściwych schroniskach a dzieci urodzonych przez matki pielęgnowane w sypialniach klinicznych, to tłómaczy się po prostu tem, że w sypialniach klinicznych znajdują się wieloródki, w schronisku zaś przebywają głównie kobiety po raz pierwszy ciężarne, wiadomo zaś z poszukiwań Tarniera, że cięższe są dzieci wieloródek, niż dzieci pierwiastek. *(La Semaine médicale* 27. Listopada 1895).

R.

Terapia.

Ryszard Drews: **Poszukiwania kliniczne nad działaniem tanigenu w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci.**

Tanigen posiada w porównaniu z innymi środkami ściągającymi używanymi do leczenia chorób kiszkowych u dzieci tę wyższość, że przechodzi przez żołądek i pewną część przewodu pokarmowego bez zmiany, dopiero pod wpływem alkalicznego oddziaływania treści jelit, rozkłada się wytwarzając taninę.

Tanigen jest to proszek żółtawo-szary, bardzo mało przyciągający wodę, mało rozpuszczający się w eterze i wrzącej wodzie. W poszukiwaniach swych przyszedł D. do wniosku, że tanigen działa lepiej przeciwgnilnie, niż kalomel, bizmut, naftalina i dlatego też nie uważa za stósowne łączenie tego leku z jakimś innym środkiem desinfekcyjnym, jak to radzi Kunkler, zaleca wszakże podawać ten środek nietylko podczas objawów ostrych, lecz nawet 2—3 dni po ustąpieniu wybitniejszych objawów zapalenia, ażeby uniknąć nawrotu choroby, który w razie zakrótkiego podawania tego leku łatwo może wystąpić.

Środek ten ma jeszcze tę wyższość nad innymi, że jest bez zapachu, że nie ma złego wpływu na apetyt i na funkcyę kiszek, że nie wywołuje niebezpieczeństwa zatrucia organizmu, nawet przy używaniu go przez dłuższy czas, wreszcie, że nie wywołuje zaparcia stolca. Zapisywać go także można w proszku, z którego chorzy zażywają szczyptę na jednę dawkę dziennie po kilka razy. *(Revue des maladies de l'enfance.* Listopad 1895). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

141. Aufrecht: O leczeniu wyskokowego zapalenia mięśnia sercowego i jego skutkach (z oddziału wewnętrznego szpitala magdeburskiego). Przyczyna wyskokowego zapalenia mięśnia sercowego mogą być wszelkie napoje wyskokowe, każdy z osobna lub, jak bywa najczęściej, jeden w kombinacyi z drugimi. Pozycya przeto towarzyska nic nie stanowi pod względem częstości pojawiania się rzeczonej choroby a nawet zdaje się, iż w wyższych klasach społecznych cierpienie rzeczone trafia się stosunkowo częściej z przyczyny prawdopodobnie mniejszego używania ruchu na wolnem powietrzu i lepszego żywienia się, które sprzyja tyciu. Wyjątek od tego stanowią ludzie pracujący w przemyśle spirytusowym, jak piwowarzy, gorzelnicy, szynkarze i t. p., między którymi najwięcej bywa ofiar nadmiernego używania wyskoku.

Kobiety nie stanowią wprawdzie całkiem wyjątku, liczba jednak zapadłych na zatrucie wyskokowe kobiet jest nieznaczna.

Zazwyczaj ludzie zagrożeni zapaleniem wyskokowem mięśnia sercowego są otyli, co jest już zapewne skutkiem nadużywania alkoholu.

Jeżeli zapalenie wyskokowe mięśnia sercowego nie wydaje się tak częstem, jakby wypadało z dat anatomicznopatologicznych, zebranych w Monachium przez Bollingera, to przyczyny tego w pierwszym rzędzie należałoby poszukiwać w okoliczności, że przewlekłe nadużywanie wyskoku usuwa się łatwo z pod obserwacyi, nie jest bowiem zazwyczaj skutkiem pijaństwa formalnego, lecz nieświadomego nadużywania wyskoku w dawkach na pozór nieszkodliwych i u wielu osób nieraz na cały dzień rozdzielonych. Zresztą wiele osób, mianowicie kobiet, ukrywa się ze swym nałogiem.

Utrudnienie rozpoznania przyczyny choroby tkwi także i w tem, iż choroba rozpoczyna się powoli, nieznacznie tak, iż trudno dopatrzeć się nieraz związku między przyczyną a skutkiem. Jakoż zdarza się nie rzadko, iż objawy ze strony serca odnosi się do jego stłuszczenia, powiększenie wątroby uważa za samodzielne a chorobę nerek za pierwotne cierpienie z następowem zajęciem serca.

Przedmiotowo można rozpoznać, iż przyczyną objawów ze strony serca jest nadużywanie wyskoku, jeżeli obok dającego się wykazać przedmiotowo powiększenia serca daje się wykryć powiększenie wątroby. Jakiego wszakże jest rodzaju powiększenie wątroby, nie zawsze da się rozstrzygnąć z pewnością, może bowiem rozchodzić się o zmianę we wątrobie, która może ustąpić, albo o zapalenie śródmiąższowe, z którego później może powstać marskość *(cirrhosis)*. Skazówką w tej mierze, t. j. że wytworzyła się marskość wątroby, jest nagromadzenie się płynu w tkance łącznej podskórnej i w jamach surowiczych. W szczególności, jeżeli wyłącznie lub przynajmniej bardzo przeważnie nagromadza się płyn w jamie brzusznej a odnogi dolne albo całkiem nie są albo są tylko bardzo mało obrzmiałe, można uważać za rzecz pewną, że w wątrobie rozwinęła się nieuleczna sprawa chorobowa. Jeżeli zaś przeciwnie odnogi dolne i moszna są zarówno z jamą brzuszną nawiedzone przez puchlinę, wtedy być może, iż mimo powiększenia się wątroby nie ma w niej zmiany nieuleczonej, lecz że opuchnienie pochodzi ze zastoju w układzie żylnym skutkiem wyskokowego zapalenia mięśnia sercowego.

W takich przypadkach przychodzi do czasowego białkomoczu a tylko w późnych okresach choroby do zapalenia miąższowego nerek i trwałego białkomoczu. W każdym razie łatwo pojąć, jak pod wpływem różnego stopnia i różnego czasu schorzenia tych trzech organów: serca, wątroby i nerek przyjść może do różnych też obrazów chorobowych.

Leczenie wyskokowego zapalenia mięśnia sercowego i jego następstw musi być przedewszystkiem przyczynowem, t. j. łączyć się z zakazem bezwzględnym używania napojów wyskokowych, którego przeprowadzenie samo jedno wystarcza do złagodzenia jednych, do usunięcia drugich przypadków chorobowych. Obok tego wskazanem jest uregulowanie trybu życia, unikanie ciężkiej pracy fizycznej, w danym razie pobyt w miejscu klimatycznem lub zakładzie hidropatycznym, skuteczny zapewne głównie przez usunięcie napojów wyskokowych.

W przypadkach, w których przyszło już do opuchnienia i nagromadzenia się płynu w jamie brzusznej, nie wystarcza samo odjęcie tylko wyskoku, lecz trzeba także zwrócić swą uwagę na nerki i serce. Co do pierwszych, wypada przekonać się, czy w moczu nie ma białka lub cukru. Jeżeli ich nie ma, trzeba wykazać, jaka jest dzienna ilość oddawanego przez chorego moczu. Jeżeli ona jest zmniejszona, akcya serca zaś nie podwyższona, tylko nieco nieregularna, wystarcza, zawsze oczywiście obok zupełnego wstrzymania się od wyskoku, spokój fizyczny, nawet w razie większej opuchliny leżenie w łóżku i równocześnie używanie lekkich środków moczopędnych, wód alkalicznych lub alkalicznoziemnych, jak Fachingeńskiej, Obersalzbrunnskiej, Wildungeńskiej.

Bardzo jednak często w podobnych przypadkach pojawia się niedostateczność działania *(insufficientia)* serca z powodu jego rozszerzenia i częstego po nim przerostu a objawia się tętnem licznem a miękkiem i słabem. Skutkiem tego występują bezdech, katar oskrzelowy i żołądkowy ze wszystkiemi dolegliwościami i powiększaniem się puchliny.

Dzielnym, prawie swoistym w takich przypadkach środkiem jest naparstnica *(digitalis)*, która nieraz w kilku dniach łagodzi nadzwyczajnie, prawie usuwa wszelkie dolegliwości; pamiętać wszakże trzeba, ażeby naparstnicy używać w odpowiedniej, nie zamałej dawce. Najlepszym jest napar *(infusum)* z 1·50 do 2·00 na 150·00 wody z dodatkiem 30·00 syropu, z czego zażywa się co dwie godziny po łyżce stołowej. Można także zadawać proszki po 25 centygramów, cztery razy dziennie po jednym. Zazwyczaj prawie nigdy nie było potrzeba zadać więcej, niż 3 gramy rozdzielone na 3 lub 4 dni. Nieraz wcześniej już opaźniało się tętno i powiększała znacznie ilość moczu.

W wielu przypadkach naparstnica nie działa tak pomyślnie; dzieje się to mianowicie wtedy, gdy puchlina brzuszna i puchlina skóry trwają już dosyć długo i łączą się z białkomoczem. Wtedy należy po pauzie spróbować znów naparstnicy a w razie znacznej puchliny postarać się o mechaniczne usunięcie nagromadzonej cieczy.

Opróżnienia jamy brzusznej z nagromadzonego płynu należy w miarę potrzeby dokonać i kilka razy a co się tyczy puchliny odnóg, najlepiej zrobić w środku podudzia po stronie wewnętrznej lub zewnętrznej jedno nacięcie, na centymetr głębokie a na 2 centymetry długie a ranę pokryć albo watą zmaczaną w rozczynie $^1/_2{}^0/_{00}$ sublimatu, albo, gdyby sublimat bardzo drażnił, kawałkiem płótna zwilżonym $3^0/_0$ rozczynem kwasu borowego, przezco najlepiej zapobiega się róży. Jeżeli jeszcze nogę umieści się nad miedniczką gumianą, można oznaczyć ilość wypływającego z rany płynu. Zazwyczaj wystarcza nacięcie na jednem podudziu i nie ma potrzeby nacinania napletka lub moszen.

Jeżeli tętno tego wymaga, można w razie potrzeby bez względu na owo nacięcie używać dalej naparstnicy a gdyby ona była zbyteczną, lekkich środków moczopędnych, jak osobliwie dyuretyny, po 4 do 5 gramów dziennie.

Cennym środkiem pomocniczym są ciepłe (29° R.) kąpiele wannowe. (*Therapeutische Monatshefte.* Listopad 1895).

142. W. White: Rezultaty trzebienia (*castratio*) w przeroście gruczołu krokowego (*prostata*). Autor zestawiwszy 111 operowanych dotychczas przez rozmaitych chirurgów przypadków dochodzi do następujących rezultatów. W 87·2% pojawił się rychło zanik gruczołu krokowego, w 52% poprawiło się również wkrótce zapalenie pęcherza moczowego, w 66% poprawiła się mniej lub więcej czynność mięśni pęcherza moczowego, w 83% ustąpiły dolegliwości a w 46·4% ustąpiło cierpienie miejscowe. Śmiercią zakończyło się 20 przypadków czyli 18%; między nimi było jednak 13 przypadków operowanych w nadzwyczaj niepomyślnych stosunkach patologicznych tak, iż właściwa śmiertelność wyniosła 7·1%. Wytrzebienie tylko po jednej stronie poprawiło stan niewątpliwie: czy jednak wywołuje ono zawsze także tylko jednostronny zanik gruczołu krokowego, nie udało się dotychczas wykazać z pewnością. (*Medical News*. 8. Czerwca 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 23. Października 1895 r.
Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 38.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący zawiadamia, że wdowa po ś. p. Pasteurze przysłała dziękczynne pismo za przesłaną jej kondolencyę.

Kol. Sroczyński przedstawia chorego z kliniki okulistycznej ze *sclerosis syphilitica initialis* na spojówce powieki. Stwardniałość przedstawia się w postaci płaskiej, niezbyt ostro odgraniczonej wyniosłości, rozmiarów i kształtu fasoli, o barwie blado-żółtawej i chrząstkowatej konsystencyi. Spojówka gałkowa w przylegającym odcinku oka poduszkowato obrzmiała (*chemosis*), fałd półksiężycowy w czwórnasób zgrubiały, ciemno-czerwono przekrwiony. Spojówka powieki górnej tudzież oka lewego okazuje zmiany lekkiej jaglicy. Gruczoł limfatyczny przeduszny niemacalny, natomiast pod szczęką na szyi i karku cały pakiet znacznie powiększonych, stwardniałych i niebolesnych gruczołów. Na skórze piersi, ramion i pleców wysypka plamista, na obu migdałkach kłykciny sączące. Źródło zakażenia z wszelkiem prawdopodobieństwem odnieść należy do okoliczności, że chory ten w czasie ćwiczeń wojskowych używał do mycia twarzy cebrzyka, w którym mieszkający z nim razem kapral a cierpiący notorycznie na kiłę, brał kąpiel nasiadową. Przypadek ten należy do niezmiernych rzadkości. Literatura, o ile zapisuje przypadki wrzodów pierwotnych syfilitycznych w obrębie narządu wzroku, wykazuje, że rozchodziło się przeważnie o zajęcie pierwotne skóry powiek w okolicy jednego lub drugiego kącika, gdzie częstość przeczosów sprzyja do pewnego stopnia infekcyi. W przypadku niniejszym, jak przypuszcza kol. Sroczyński, bramę do zakażenia mogły stanowić złuszczenie przybłonka spojówki na tle jaglicy.

W dyskusyi przemawiał kol. Borzęcki: Przypadek zmiany pierwotnej na spojówce oka, przedstawiony przez kol. Sroczyńskiego należy do szeregu zmian pierwotnych poza częściami rodnemi, u nas stosunkowo rzadkich. Najczęściej u nas widuje się zmianę pierwotną (wykluczając narząd płciowy) w jamie ust (wargi, język, dziąsła i nos). Stwardnienie pierwotne na spojówce ma często zdarzać się w Rosyi północnej i środkowej, gdzie wylizywanie w jakikolwiek sposób schorzałych powiek przez rozmaitych znachorów, dotkniętych może nieraz zmianami drugorzędnemi w ustach, jest na porządku dziennym. Co do sposobu, w jaki chory nabył choroby, trudno w ogóle w przypadkach zmiany pierwotnej, usadowionej poza częściami płciowemi, coś stanowczego orzec. Między innemi w tym poszczególnym przypadku, gdzie chory cierpiał na jaglicę, nasuwa się pytanie, czy może nie laseczka siarkanu miedzianego, pędzelek i t. p.? Większość autorów zgadza się, że zmiany drugorzędne występują zazwyczaj licznie w najbliższem otoczeniu zmiany pierwotnej; w tym więc przypadku oko stanowiłoby najbliższy organ, do tej chwili zupełnie chorobowo niezajęty.

Kol. Reiss widział podobny przypadek na spojówce powieki górnej.

Kol. Ludomił Korczyński przedstawia przypadek *hysteriae traumaticae*, drugi *melancholiae traumaticae*. W pierwszym przypadku przyczyną cierpienia jest wykolejenie się pociągu. Objawy cierpienia: ból głowy, zawroty, ból w kręgosłupie, darcie w kończynach, drżenie mięśni twarzowych po stronie lewej, koncentryczne zwężenie pola widzenia według typu Forstera, trzęsienie głowy, podudzia i rąk, zwłaszcza przy wzruszeniu i natężeniu mięśni, drganie włókienkowe języka, wygórowanie odruchów, zmiany czucia, znieczulenie wyspkowe, chód nieco porażny.

Drugi chory, również po przypadku kolejowym, skarży się na utratę pamięci, utrudnienie oddawania moczu, upadek odżywienia. Zmiany przedmiotowe: zwężenie pola widzenia znacznego stopnia, zmiany w czuciu i w sferze psychicznej. Przypadki te poraz pierwszy obserwowane w Anglii, opisali Broglie i Duchenne we Francyi, następnie Charcot, który je nazwał *hysteria traumatica*, Oppenheim jest za nazwą nerwicy traumatycznej; inni dzielą te przypadki według ich symptomów.

Kol. Sroczyński zapytuje się o sposób, w jaki przeprowadzono badanie pola widzenia oraz wyjaśnia, że charakterystyczne ścieśnienie pola widzenia w tych przypadkach istnieje tylko dla barw jak czerwonej i zielonej. Badaniami temi zajmowali się Wilmbrand i Förster; wykryli oni objaw t. zw. znużenia pola widzenia czyli zacieśniania się stopniowego za kilkakrotnem badaniem, oraz że pole jest ciaśniejsze, jeżeli od środka do obwodu posuwano w markę w perymetrze. Wyniki takiego badania są zależne od podania chorego; można więc być łatwo zwiedzionym przez niego. Jest tylko jeden sposób stwierdzenia, czy podanie jest prawdziwe, to jest ukazać mu znaczek w większej odległości niż łuk perymetru; wówczas kąty szerokości pola widzenia powinny zgadzać się ze sobą.

Kol. Domański zwraca uwagę, że takie przypadki należy brać nadzwyczaj ostrożnie, aby wykryć możliwą symulacyą, zwłaszcza w sprawach sądowych i przytacza kilka przypadków symulacyi wykrytych przez siebie. Radzi więc wielką ostrożność w wydawaniu świadectw podobnym chorym a w nich umieszczać tylko orzeczenia na podstawie zmian czysto przedmiotowych. Przypomina nadto jeden objaw, t. j. upośledzenie słuchu, na które nawet często chorzy się nie skarżą.

Kol. Ludomił Korczyński oświadcza, że świadectwa zawsze pisze się z nadzwyczajną oględnością i tylko na podstawie zmian czysto przedmiotowych lub podmiotowych ściśle obserwowanych, jak zniesienia czucia, bóle i t. p.

Kol. Wiszniewski zapytuje się, czy prelegent nie zauważył u swoich chorych *foetor ex ore*, który po przyjściu chorego do zdrowia zwykle ustępuje.

Kol. Korczyński odpowiada, że nie uważał tego u swoich chorych.

Kol. Bujwid, z powodu, że nie mógł dotychczas przyjść do głosu ze swoim odczytem: *O wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa* z powodu statutu, który nie pozwala na zabieranie głosu obcym osobom na posiedzeniach zwyczajnych, prosi przewodniczącego o zwołanie nadzwyczajnego zgromadzenia i zaproszenie nań p. inżyniera starszego Ingardena i p. dyrektora Rottera.

Kol. Przewodniczący na życzenie kilku kolegów zwołuje na 13. b. m. nadzwyczajne posiedzenie, na którem odbędzie się odczyt kol. Bujwida.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 6. Listopada 1895 r.
Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 40.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia imieniem komitetu Towarzystwa następujących członków do komitetu przedwyborczego: koll. Bielański, Buszek, Ciechanowski, Jakubowski, Jordan, Kirschner, Kosiński, Korczyński ml., Kryński, Gluziński, Mączka, Murdzieński, Obaliński, Ponikło, Schneider, Ściborowski, Siedlecki, Słapa, Świtalski, Simon, Trzebicky, Wachholz, Wernicki, Wachtel, Zanietowski starszy.

Na wniosek kol. Obalińskiego przewodniczącym tej komisyi wybrano kol. Zanietowskiego starszego.

Kol. Jaworski przedstawia przetwory z apteki p. Otowskiego 1) pigułki zawierające po 0·05 *camphorae monobromatae*, 2) perełki za-

wierające po 0·001 *strychnini nitrici*, 3) perełki zawierające po 0·001 *kali arsenicosi*, 4) pastylki zawierające mięszaninę Erlenmeyera, to jest *kalii bromati*, *natrii bromati* āā 0·40, *ammonii bromati* 0·20; przetwory te na wniosek kol. Jaworskiego zostały przez Towarzystwo przyjęte i polecone.

Kol. Zanietowski syn mówił: *O zmianach pobudliwości nerwów w okolicy katody pod wpływem prądów galwanicznych i ich znaczeniu dla elektroterapii*. Odczyt ten będzie drukowany w *Przeglądzie lekarskim*.

Kol. Cybulski sądzi, że nie od rzeczy będzie podać siłę prądów najsłabszych, zdolnych już do wywołania zjawisk elektrotonicznych; otóż najsłabszy prąd miał 0·00000001 Ampère.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI.

ZE WSCHODU.

ZARYSY LEKARSKIE.

Przez

I. Ilg......

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Naukę medycyny wykładają w szkole słynni ze swej wiedzy lekarskiej łami Dżedombojew i Broniejew, których nie widziałem z powodu wyjazdu ich dla studyów naukowych do Uryi w Mongolii. Pomiędzy łamami w Zabajkalii używa jeszcze sławy sziretaj w Uczotajewskim dacanie nad Dzidą, niejaki Czojedog Cydypow. Każdy dacan większy w Mongolii i Tybecie jest i szkołą lekarską, posiada własnych lekarzy, aptekę a nieraz i drukarnię z nieruchomemi czcionkami, w których drukują się książki i wydawnictwa lekarskie i sprzedają arkuszami. Chińczycy korzystając i wyzyskując wszędzie dowierzające i apatyczne ludy buddyjskie i tu przyłożyli swej ręki, drukując książki w Pekinie o wiele lepiej i taniej je sprzedając. Przytem wydawnictwa chińskie odznaczają się lepszym układem, posiadają więcej dodatków powziętych z chińskiej medycyny i znaczniejszą ilość recept. Chińczycy jako naród przedsiębiorczy i oświeceńszy stara się wszędzie narzucać swą władzę Mongołom, patrząc na nich jako na rasę niższą. Każdy łama praktykujący posiada książkę zawierającą notatki lekarskie z licznemi skomplikowanemi lekami zwaną „żor". Uczniowie studyujący medycynę w dacanach buddyjskich, muszą wyuczać się na pamięć tekstu z ksiąg świętych odnoszących się do wiedzy lekarskiej według utartej przez wieki tyle rutyny i jednocześnie przypatrywać się sposobom leczenia, susząc zioła, tłukąc korzenie, przyspasabiając lekarstwa.

Teraz dla zapoznania Was z nią chociaż w krótkości streszczam główne zasady nauki leczniczej łam, według Dra Kiriłowa. Zacznijmy od anatomii. Pojęcia łam co do budowy ciała ludzkiego są bardzo pierwotne, przeszły one do nich całkowicie z Indyj. Rysunki zawierają w grubych kształtach kontury ciała, bez szczegółowego oznaczenia składowych jego części. Nie znają oni innego znaczenia funkcyi mięśniowych, jak zapełnienie i zaokrąglenie miejsc pomiędzy kośćmi. Szkielet człowieka porównywają do pałacu, którego fundamentem mają być kości miednicy, filarem stos kręgowy składający się z kręgów — złotych monet. Do tego ostatniego dotykają strzały - żebra, obojczyki stanowiące gzemsy budynku, łopatki jego przykrycie, głowa to najwyższy szczyt, wieża budynku a otwór pomiędzy połączeniem kości ciemieniowych przy zejściu się szwów jest jego kominem. W gmachu tym wszystkie otwory są oknami, ręce zwieszające się w dół są chodakami (ręcznikami używanemi dla składania ofiary bogom). W ten sposób, jak budowę szkieletu, i topografię organów wewnętrznych przedstawiają łamowie w sposób sobie właściwy. Serce wyobrażają jako chana siedzącego na tronie, płuca i naczynia odeń idące to jego dzieci. Wątroba i śledziona są żonami chana. Nerki podtrzymują plecy. Aorta to pograniczna piramida, sznurek nasienny - skarbiec. Żołądek to kocioł z jedzeniem, kiszki są domami dworu żon chańskich, pęcherz żółciowy — workiem z solą i t. p. Liczne miejsca na ciele ludzkiem, których uszkodzenie sprawia śmierć niechybną, jak uczy tybetańska medycyna, porównywają do poddanych chańskich; wszystkich kości w szkielecie ludzkim 360. W ich liczbie kręgów szyjnych 5 (2 wierzchnie nie są zaliczone do ich rzędu), zębów u zwykłych ludzi 32, u świętych 40, stawów wielkich 12, małych 201, włosów na głowie ma być 21 tysięcy, porów w ciele 14 milionów. Ilość określa się, jak następuje, n. p.: mięsa w ciele mężczyzny jest tyle, ile 500 razy garścią można zachwycić, u kobiety zaledwie 250 garści. Mleka u kobiety karmiącej dwie małe garsteczki, męskiego nasienia tyle, ile się zmieści na wyciągniętej dłoni. Mózgu jest tyle, ile wziąć może człowiek pod pachę. Nauka łamska przypuszcza pewną jednak proporcyonalność w stósunku oddzielnych części ciała do wzrostu, który mierzy według własnego sposobu palcami. N. p. przy wzroście 144 palców, tułów będzie miał 48 palców długości, nogi 96 a długość rąk 36 palców. Oto są wyjątki malujące nam pojęcia pierwotne łamskiej anatomii, która brzydzi się trupem i nie zwiększyła przez to swych wiadomości wyniesionych przed wiekami z pierwotnej ojczyzny, Indyj. Nie mniej przystępną i łatwą do zrozumienia dla pojęć pierwotnych jest fizyologia łamów, konsekwentna we wszystkich swych wywodach. Przyznaje ona w organizmie ludzkim trzy obok siebie istniejące pierwiastki, utrzymujące w nim równowagę zdrowia a mianowicie: Pierwszy *chi*, powietrze lub wiatr, którego jest 4 garście. Wpływa ono na oddychanie, rozchodząc się po całem ciele, wytwarza ciepło i oczyszcza je. Siła jego jest bardzo znaczna. Pomaga ono człowiekowi przełykać pokarmy, pluć, czkać, myśleć, odmykać oczy, usta, ruszać językiem, wąchać, wykonywać różne ruchy ciała, podniecać się aż do szaleństwa. Wytwarza ciepło w żołądku i rozmieszcza je, popędzając z pokarmem po ciele, pomagając trawieniu, popędza też na dół pokarm razem z moczem, jak również wszelkie wydzieliny ciała i płód z macicy. Drugim pierwiastkiem jest *szara*, oznaczający żółtość i ogrzewający nas na podobieństwo ognia. Od niego zależy barwa skóry, płomień w oczach, gniew. Tego pierwiastku jest zaledwie jedna garsteczka. Trzeci *bodgan* jest to śluz, którego jest tyle, że 3 razy można wziąć pod pachę. On zagrzewa i rozmiękcza pokarm, łączy stawy, daje sen, radość, wreszcie uspokaja.

Trzy te pierwiastki powinny być w równowadze i w pewnej ilości w organizmie; naruszenie proporcyonalności pomiędzy niemi wytwarza chorobę. Względną ilością pierwiastki te różnią się od siebie w różnych stronach. W krajach wietrznych i zimnych (chiuznych, wyraz pochodzący od słowa mongolskiego *chios*, wiatr) więcej *chi*, przez to przypływ jego do kości sprawia ich ból. W ciepłych i suchych miejscowościach

więcej *szary*, przebywającej w skórze, krwi, pocie, wątrobie, pod pępkiem i t. p., dlatego są częstsze i choroby tych miejsc.

W wilgotnych zaś miejscach, jak również w domach z zatechłą atmosferą przemaga *bodgan*, wywołujący choroby mięsa, tłuszczu, mózgu, moczu, płuc i ból pod łopatką. Pory roku mają też wpływ nie mały na zwiększenie lub zmniejszenie się tych pierwiastków. W letnie wieczory i ranki do wschodu słońca powiększa się *chi*, jesienią w południe i północ *szara*, wiosna pod wieczór i rano do wschodu słońca *bodgan*. W pewnych latach życia przeważa ten lub inny pierwiastek. W latach dziecinnych *bodgan*, w młodości i wieku dojrzałym aż do starości, zanim człowiek nie straci rozrodczych zdolności *szara*, w starości *chi*. Zwiększenie tego lub innego pierwiastku zależy od indywidualności każdego człowieka i wytwarza jego budowę i temperament. Ludzie z większą ilością *chi* są małego wzrostu, słabi, wielomówni, weseli, zwykle ubodzy i podobni do wrony lub lisa. Ci, w których organizmie przemaga *szara*, są wzrostu średniego, skóry i włosów żółtawych, dożywają zaledwie wieku średniego, nadużywają trunków, bardzo potnieją i potrzebują wiele snu. Przytem są oni zamożni, wspaniałomyślni, dowcipni, odważni i mają podobieństwo do małp lub tygrysów. Ludzie, w organizmie których *bodgan* przemaga, są pięknie zbudowani, pełni, kości ich ukryte pod wielką ilością tłuszczu i mięsa, nieczuli na ciepło i chłód, okazują ogromną wytrwałość na głód i inne cierpienia, są długowieczni, bardzo bogaci, niepopędliwi i przypominają lwów.

Temi to 3 pierwiastkami znajdującymi się w ciele tłómaczy sobie tybetańska medycyna wszystkie fizyologiczne sprawy w ciele ludzkiem, czy to trawienia, czy to tworzenia się krwi, nasienia, mięśni i t. d. Nie znając całego skomplikowanego krwi obiegu, przyjmuje ona, że krew krąży w naczyniach w jednym i tymże samym kierunku, przyczem każde z 7 głównych naczyń jest nosicielem pewnych funkcyj i osobliwych zdolności. Jedno z nich roznosi po ciele głupotę ludzką, drugie rozum, przyczynia się do oddychania, sprawia puls, wreszcie w aorcie przebywa dusza ludzka, gdzie jest jej stałe zamieszkanie; plądruje ona po ciele nieustannie pomimo tego i w początkach życia przebywa w drobnych stawach lewej nogi u mężczyzn a w prawej u kobiet. Ztąd przechodzi stopniowo do stawów wyżej leżących i w końcu dochodzi do głowy; w niektórych stawach, jak w stawie żuchwy dusza nigdy nie przebywa. W drugim miesiącu życia dusza opuszcza się w prawą nogę u mężczyzn, krążąc przeciw słońcu a u kobiet przeciwnie. Jeżeli to miejsce, w którem przebywa dusza, jakimbądź sposobem uszkodzić, niechybnie następuje śmierć. Według Dra Kiriłowa łamajskie podręczniki lekarskie na swych atlasach oznaczają takich śmiertelnych miejsc dla życia na ciele, *onisun* 302, znajdujących się w stawach, w żyłach, mięśniach, tłuszczu i w innych organach. Rozmieszczają się one w następnym porządku: na głowie 62, na szyi 33, tułowiu 95 i kończynach 112. Nauka łamajska przyznaje 6 rodzajów smaku: słodki, kwaśny, słony, gorzki, gorący i przaśny. Przewaga jednego smaku nad drugim stanowi chorobę, ponieważ wszystkie zmysły ciała znajdują się w zależności od wyżej wspomnianych 3 pierwiastków: *chi*, *szara* i *bodgan*. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 5 Grudnia 1895 r.

— Profesor Dr. Bolesław Wicherkiewicz w Poznaniu mianowany profesorem zwyczajnym okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— W dniu 3. b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Karola Kleckiego na docenta prywatnego patologii doświadczalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim. Przedmiotem wykładu była rzecz o skoku czyli wstrząsie nerwowym, którą przedstawił prelegent jasno, treściwie i co z prawdziwą na tem miejscu zapisujemy przyjemnością, wyborną polszczyzną. Wydział lekarski uchwalił jednomyślnie przedstawić sprawę habilitacyi Dra Karola Kleckiego Wysokiemu Ministerstwu Oświaty z wnioskiem przychylnym.

— W dniu 4. b. m. i r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Rydygier przedstawił różne okazy z operacyj wykonanych w swej klinice. Następnie kol. Mayzel odczytał rzecz o prostytucyi w Galicyi; w dyskusyi zabierali głos koll. Schwarc, Zarewicz, Mars, Wernicki i prelegent.

— Prof. Dr. B. Wicherkiewicz w Poznaniu przysłał Wydziałowi lekarskiemu w Krakowie telegram kondolencyjny z powodu śmierci prof. Teichmanna.

— Nakładem redakcyi *Gazety lekarskiej* w Warszawie wyszła temi dniami z druku: ***Dyagnostyka różniczkowa*** chorób wewnętrznych przez Dra Władysława Biegańskiego w Częstochowie w wydaniu drugiem, opatrzonem drzeworytami, ponownie przez autora opracowanem i powiększonem dodatkiem o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych przez Dra A. Sokołowskiego. Cena rubli 5, z przesyłką 5 rubli 50 kop. Nabywać można w administracyi *Gazety lekarskiej* w Warszawie (ulica Marszałkowska l. 119) i we wszystkich księgarniach.

— Według wydanego właśnie kalendarza warszawskiego Dra Połaka jest obecnie w Warszawie 659 lekarzy na 535968 ludności, gdy według kalendarza lekarskiego krakowskiego w Krakowie jest 185 lekarzy cywilnych (prócz 45 wojskowych) na ludność wynoszącą z wojskiem prawie 80000 (79366). W Warszawie przypada przeto lekarz na 813, w Krakowie na 345 głów czyli w Warszawie jest dla lekarzy stosunek prawie 2·4 razy korzystniejszym niż w Krakowie.

— W tych dniach otwarto trzeci oddział chirurgiczny w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, którego ordynatorem został Dr. Szteyner i w którym urządzono nową salę operacyjną kosztem 1300 rubli. Przez utworzenie tego nowego oddziału nie powiększono wszakże liczby łóżek chirurgicznych, lecz tylko rozdzielono je zamiast na dwa teraz na trzy oddziały w interesie lepszej opieki lekarskiej nad chorymi.

— Wydział krak. Izby lekarskiej uwzględniając prośbę w tej mierze grona lekarzy, uchwalił na posiedzeniu d. 23. Listopada b. r. utworzyć przy Izbie biuro informacyjne w sprawach tyczących się stanu lekarskiego i porozumieć się z Władzami krajowemi w celu zapewnienia sobie z ich strony niezbędnych informacyj o wakujących w zachodniej części kraju posadach lekarskich.

— Izba lekarska w Krakowie podaje do wiadomości interesowanych kolegów następujący odpis rozporządzenia c. k. kraj. Dyrekcyi Skarbu we Lwowie z d. 28. Sierpnia 1895, L. 71756 (do c. k. Dyrekcyi okręgu skarbowego w Nowym Sączu. »Na rekurs Dra Sz. M. przeciw przypisowi należytości do A. poz. 50/895 c. k. urzędu podatkowego w C. w kwocie podwyższonej 3 złr. a. w. poleca się c. k. Dyrekcyi, aby należytość tę z przypisu wykreślić kazała, ponieważ nocyonowane orzeczenie lekarskie wraz z doniesieniami o popełnionych przekroczeniach sądowi przedłożone przez rekurenta nie mogą być uważane za wystawione jedynie w interesie poszkodowanych Fr. T. i W. M. a zatem należytości stemplowej nie podlegają«.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia Dra Adama Helbicha, a mianowicie:

1) Historya Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie. 2) Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek

nieszczęśliwych wypadków. 3) Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju? 4) *Pharmacopoea pauperum* w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych. 5) Anatomia patologiczna i etyologia szankra miękkiego. 6) Unerwienie i refleksy jamy noso - gardzielowej. 7) Anatomia patologiczna i etyologia dysenteryi. 8) Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*. 9) Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka. 10) Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu. 11) Zbadać własności odkażające formaliny. 12) Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechletni, to jest do dnia 19. Października roku 1898. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 150, z zastrzeżeniem możności przyznania nagrody w wyższej kwocie, aniżeli rs. 150, w razie wyjątkowej wartości pracy. Takich nagród na rzeczony okres konkursowy oznaczono 6. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach, zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie. Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały prof. *Dr. Brodowski.*

— **Konkurs.** Wydział powiatowy dobromilski rozpisuje ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Rybotyczach z pensyą roczną 700 złr. i 300 złr. w. a. ryczałtu na objazdy. Termin podania się do 20. Grudnia 1895.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 48. W. Wróblewski: Krwotoki nosowe. W. Gajkiewicz: O nowotworach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (dok.). W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (dok.). H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 48. S. Orłowski: Kilka słów o przymiocie rdzenia (dok.). B. R. Gepner: Zapalenie tęczówki przymiotowe z rozpadem gummatów. *Rupia syphilitica*. — W *Przewodniku higienicznym*, zeszycie listopadowym: P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. M. G. w K. na Jawie w Azyi w Indyach holenderskich. List Szan. Kolegi otrzymaliśmy, sprawę poruczoną załatwiliśmy, jak można było najlepiej, dziękujemy za pamięć i wysyłamy pocztą list z odpowiedzią.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 14. Grudnia 1895 r. Nr. 50.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 130. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Zaburzenia nerwowe w skutek wadliwości refrakcyi oczu.

Podał
Dr. J. Strzemiński (z Wilna).

Nerwice wskutek niemiarowości oka są oddawna znane; ponieważ jednak często o nich się zapomina, mianowicie wśród lekarzy, nie oddających się wyłącznie chorobom ocznym, sądzę, że nie jest zbytecznem przedmiot ten od czasu do czasu poruszyć. Zdarzało mi się widzieć chorych przez długi czas bez skutku leczonych na rozmaite cierpienia nerwowe, kiedy tymczasem zbadanie oczu mogło łatwo przyczynę wyjaśnić i wskazać środki zaradcze.

W ciągu kilku lat ostatnich spostrzegałem 7 chorych, cierpiących na zaburzenia nerwowe z przyczyny niemiarowości oczu, przez czas dłuższy nie zobojętnionej. Jeden z tych przypadków, który miałem możność dość długo badać, w krótkości tu podaję.

M. C., z gubernii suwalskiej, 24-letni młodzieniec, nie mógł ukończyć wykształcenia z przyczyny bólów głowy, które w ostatnich latach znacznie się powiększyły i nie ustępowały żadnym środkom leczniczym, przepisywanym przez lekarzy miejscowych. W Lipcu r. 1893. zachorował na zapalenie spojówki pryszczykowe, przyjechał do Wilna i udał się do mnie, prosząc o radę. Przy tej sposobności mówił o swoich bólach głowy, wskutek czego po wyleczeniu cierpienia spojówki zbadałem jego oczy i stan ogólny.

Chory był dobrze zbudowany i odżywiony, w ciągu ostatnich 10 lat nie przechodził żadnej choroby ciężkiej i wyniszczającej. W rodzinie cierpień nerwowych nie było. O ile pamięta, od dziesiątego roku uczuwał ciężkość w głowie, która później przeszła w ból bezustanny prawie, bez oznaczonego umiejscowienia, coraz bardziej dokuczliwy i zjawiający się nie tylko przy pracy, lecz i niezależnie od niej. Obecnie doświadcza bezsenności.

Badanie oczu dało wyniki następujące: Bystrość wzroku nieco zmniejszona, mianowicie 0·8; pole widzenia i rozpoznawanie barw normalne. Czyta najdrobniejszy druk, lecz ból głowy, znacznie powiększający się przy tem, po kilkunastu minutach zmuszał go do przerwania. Mięśnie proste zewnętrzne wykazują nieznaczne osłabienie (*esophoria*). Badając wziernikiem nic znalazłem żadnej wadliwości a tylko niezborność wzroku nadmiarową, złożoną, nierówną na obu oczach. Na oku prawem szkło wypukłe 1·75 D., z walcowem wypukłem 1·25 D., na lewem wypukłe 1·50 D., z walcowem wypukłem 1·75 D., z osiami ustawionemi w kierunku pionowym, najzupełniej zobojętniały niemiarowość. Zaleciłem choremu okularów przepisanych używać stale, zapowiadając, że być może, wkrótce zmuszony będę dać mu inne jeszcze do czytania[1]).

Widziałem pacyenta w Sierpniu roku zeszłego i w Czerwcu bieżącego i dowiedziałem się, że odkąd używa okularów, bóle głowy, stając się coraz słabsze, znikły zupełnie, zarówno jak i bezsenność. Bez żadnej trudności może czytać i pisać i uważa się za zdrowego.

Mógłbym kilka innych przypadków przytoczyć; ponieważ jednak w ogólności są do siebie podobne, choć różnią się w szczegółach, sądzę, że lepiej będzie je opuścić.

Nerwice odruchowe wskutek zboczeń refrakcyi powstają prawie wyłącznie w nadmiarowości i niezborności wzroku a z nich przeważnie w niezborności nadmiarowej. Najczęściej spostrzegano bóle głowy rozmaitego stopnia i umiejscowienia, zaczynając od ciężkości w głowie i bólu nad oczami a kończąc na silnych bólach potylicznych i migrenie. Nie tak często widziano zawroty głowy, nudności, wymioty, bezsenność, ogólne podrażnienie, drgawki mięśni twarzowych; rzadko: drgawki ogólne, niestrawność, bicie serca, przestrach nocny, mimowolne moczenie, których zależność od niemiarowości oczu nie jest dotąd dostatecznie stwierdzoną. Pisarze amerykańscy i angielscy opisywali przypadki, w których padaczka miała być skutkiem zboczenia refrakcyi.

W najlżejszych przypadkach chory po mniej więcej krótkiej pracy ocznej czuje znużenie oczu i zamglenie wzro-

[1]) Badanie niemiarowości oczu przeprowadzono po atropinizacyi.

ku a następnie ból nad oczami, co wszystko po krótkim odpoczynku znika. Gdy wadliwość refrakcyi nie jest przez czas dłuższy zobojętnioną przez odpowiednie okulary, objawy stają się cięższe i nie ustępują podczas odpoczynku. W podobnych przypadkach nie może być wątpliwości w rozpoznaniu przyczyny cierpienia. Dość często jednakże nerwica od początku przyjmuje pozór wykluczający zależność od oczu. Chory od dawna, czasem od wczesnego dzieciństwa, cierpi na ciągły ból głowy, wzmagający się przy czytaniu, co jest właściwością wszelkich bólów głowy, albo też ból jest największym rano, po dobrze przespanej nocy, co usuwa wszelkie przypuszczenie o związku z oczami, szczególnie gdy chory jest młody, ma wzrok dobry i czyta najdrobniejszy druk, pokrywając zboczenie refrakcyi wysiłkiem mięśnia akomodacyjnego. Wyjątkowo bóle bywają tak silne, że nasuwają myśl o zapaleniu opon mózgowych, zwłaszcza, gdy do nich przyłączają się wymioty. Chorzy tacy nie trafiają wcale do okulistów.

Nerwicę należy uważać za skutek usilnej pracy mięśnia rzęskowego, wyrównywającej zboczenie refrakcyi przy nadmiarowości oka; przy niezborności mięsień kurczy się częściowo i nieprawidłowo [2]), w obu tych przypadkach nie tylko przy patrzeniu na blizkie przedmioty, lecz także w dal, kiedy oko miarowe i niedomiarowe odpoczywa. Ciągła ta praca wymaga nieustającego naprężenia nerwów rzęskowych, wywołującego podrażnienie, odbijające się na jednym lub kilku nerwach związanych ze zwojem rzęskowym (*ganglion ciliare*) i mogące wskutek tego przez nerw współczulny wywołać zaburzenia w rozmaitych organach.

Jeżeli niemiarowość oczu jest równą obustronnie lub mało się różni, bóle zajmują całą głowę albo też po kolei prawą i lewą jej połowę. Przy większej różnicy zboczenia zwykle cierpi strona głowy, odpowiadająca oku z wyższą wadliwością.

Wszelkie zaburzenia ustępują przy stałem używaniu okularów. Jeżeli jednak niemiarowość przez czas długi nie jest zobojętnioną, wynikają inne skutki szkodliwe. Organizm cały cierpi, gdyż przeciągająca się nerwica, leczona bezskutecznie, sprowadza ogólny rostrój nerwowy i przygnębienie; w oku zaś mięsień rzęskowy wycieńcza się i coraz gorzej pracuje (*asthenopia accommodativa*). Wysiłek akomodacyi, który zespolony jest ze zbieżnością osi ocznych, odbija się na czynności mięśni pozagałkowych, które po pewnym czasie o tyle słabną, że potrzebują silniejszego bodźca, niż w stanie normalnym, do podtrzymania widzenia obuocznego, co Stevens nazwał *heterophoria*. Osłabienie wewnętrznych mięśni prostych robi oczy skłonnemi do rozbieżności (*exophoria*), mięśni zewnętrznych do zbieżności (*esophoria*), prostych górnego i dolnego i skośnych skłonnemi do usuwania się w górę lub ku dołowi (*hyperphoria*). Pierwsze spostrzega się głównie w niedomiarowości, czasem w nadmiarowości oczu, drugie w nadmiarowości i niezborności nadmiarowej, trzecie przy znacznej różnicy w refrakcyi obu oczu (*anisometropia*). Osłabienie mięśni pozagałkowych, pozostawione sobie, łatwo przechodzi następnie w zez.

Wysiłki mięśni pozagałkowych wywołują same przez się objawy nieprzyjemne. Na początku po krótkiej robocie uczuwa się zmęczenie oczu, w innej jednak postaci, jak w osłabieniu mięśnia rzęskowego; litery nie tracą swej jasności, lecz podwajają się i przeskakują jedna przez drugą. Uczucie zmęczenia odnosi chory do wewnętrznej części oka: czasem doświadcza ciśnienia w głębi oczodołu, połączonego w niektórych przypadkach z zawrotem głowy. Po dłuższym czasie objawy powyższe występują niezależnie od pracy oczu i przechodzą w ból głowy.

Schoen [3]) mówi o innych jeszcze skutkach naprężenia akomodacyi. Jego zdaniem mięsień rzęskowy, kurcząc się usilnie, rozciąga pochwę nerwu wzrokowego, do którego się przyczepia, wywołując tem wydrążenie *(excavatio)* nerwu tego i jaskrę.

Gdy już się rozwinęło osłabienie mięśni pozagałkowych, nie można często poprzestać na okularach. Stają się potrzebne obok nich ćwiczenia mięśni przy pomocy pryzm, dołączenie pryzm do okularów i w ostateczności tenotomia.

Mówiłem dotąd o skutkach nadmiarowości i niezborności wzroku, bo te zboczenia właśnie wywołują przeważnie zaburzenia nerwowe. Niedomiarowość wywołuje je rzadko i tylko w razie wyższego stopnia. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego
(ectopia vesicae).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
I-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895. roku).

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Zarówno w przypadkach klinicznych, w których wszywano moczowód jeden lub dwa do jelita, jak i w doświadczeniach na zwierzętach, uskuteczniano zabieg w sposób taki, że koniec przeciętego moczowodu wprowadzano do otworku zrobionego w ścianie jelita i przytwierdzano go w nim za pomocą odpowiednich szwów. Rzecz prosta, szczegóły postępowania były rozmaite: koniec moczowodu ścięty bywał prostopadle do osi lub skośnie, przyszywano go na poziomie ściany jelita lub wsuwano nieco głębiej do światła i t. p. W każdym razie, w ten czy inny sposób ujście moczowodu, ziejące w jamie jelita, stanowiło bramę otworem stojącą dla zakażenia treścią jelitową. Jeżeli dodamy do tego możliwość ruchów antyperystaltycznych w moczowodach w pewnych stosunkach, jak tego dowiedli Lewin i Goldschmidt [17]), to zrozumiałą będzie zupełnie łatwość zakażenia postępującego moczowodów i nerek *(uretero - nephritis ascendens)* i tak złe wyniki ogromnej większości robionych

---

[2]) O częściowem kurczeniu się mięśnia rzęskowego w niezborności pisał Martin. Pflüger w swoich badaniach oftalmometrycznych przekonał się o istnieniu tych ruchów mięśnia, o czem mówił na posiedzeniu Towarz. oftalm. heidelberskiego we Wrześniu r. 1891. (*Annales d'Oculistique*, Sept. 1891).

[3]) Die Accommodations-Ueberanstrengung und deren Folgen. (Graefe's Archiv für Ophthalm. Tom XXXIII. Zeszyt 1.

[17]) Versuche über die Beziehungen zwischen Blase. Harnleiter und Nierenbecken. Virchow's Archiv. 134. str. 33.

prób. Główną więc przyczynę złego stanowi wielka łatwość przejścia zarazków do bardzo dostępnych ujść moczowodów. A jednocześnie w tem znajdujemy i wskazówkę postępowania, aby prąd od jelita do światła moczowodu uniemożliwić a przynajmniej znacznie utrudnić. Za wzór służyć nam tu winno najidealniejsze pod tym względem urządzenie — zakończenie moczowodów w pęcherzu.

Zdaniem więc mojem zabieg wszycia moczowodów do jelita powinien mieć na celu stworzenie stósunków jak najbardziej zbliżonych do istniejących normalnie w pęcherzu, gdyż zarówno w prawidłowym, jak i tym sztucznie utworzonym zbiorniku zadanie jest jednakie — możność jak najłatwiejszego wypływania moczu z moczowodu do zbiornika, uniemożliwienie zaś dostawania się w kierunku odwrotnym.

Jakie pod tym względem są stósunki anatomiczne w pęcherzu, dokładnie przedstawiają to w pracy swej przytoczeni powyżej autorzy, L e w i n i G o l d s c h m i d t. „Trzy czynniki, czytamy w tej pracy, utrudniają odwrotny kierunek moczu: po pierwsze, szczelne zamknięcie brzegów ujścia moczowodu, które, jak to można widzieć cystoskopem, otwierają się tylko na chwilę, aby od czasu do czasu wypuścić drobną ilość moczu, powtóre, ukośny przebieg moczowodu pomiędzy warstwami ściany pęcherza, przez co światło jego z łatwością może być zamknięte ciśnieniem treści pęcherza, i po trzecie, wązkość całego moczowodu, który przytem, z wyjątkiem chwili przepływania moczu, przedstawia właściwie nie rurkę, lecz sznurek bez światła wewnątrz“.

Na tem polega niewątpliwie wielka zaleta postępowania użytego w naszym przypadku, że takie mianowicie wszystkie stósunki przenosimy wraz z częścią ściany pęcherza i zakończeniem moczowodów do *rectum* i temu prawdopodobnie zawdzięczać winniśmy dobry wynik.

Zbaczając na chwilę na teren ogólnej chirurgii moczowodów, musimy się zastanowić, jak postąpić należy w tych przypadkach, nie *ectopiae vesicae*, gdzie w skutek takich, czy innych przyczyn przystąpić musimy do wszycia moczowodów do jelita lub tylko przeszczepienia ich w inne miejsce pęcherza. Proste wszycie przeciętego końca w otwór w ścianie jelita nie prowadzi do celu a właściwie prowadzi do wyniku złego i winno być, zdaniem mojem, stanowczo zarzucone.

Niełatwe to zadanie stara się B ü d i n g e r [18]) przy przeszczepianiu moczowodu w inne miejsce pęcherza rozwiązać sposobem, zapożyczonym z gastrostomii metodą W i t z l a. Mianowicie, wprowadziwszy koniec moczowodu do otworu zrobionego w ścianie pęcherza, gdzie przytwierdza go szwem, unosi ścianę pęcherza po obu stronach moczowodu w fałdy i górne brzegi tych fałdów zeszywa ze sobą ponad moczowodem, który w ten sposób na dolnym swym końcu otoczony zostaje przewodem ze ściany pęcherza.

Postępowanie B ü d i n g e r a, jakkolwiek o wiele lepsze i bezpieczniejsze od prostego wszycia otworu moczowodu do ściany pęcherza czy jelita, ma jednakże ważne strony niekorzystne. Po pierwsze, w miejscu przebiegu moczowodu przez nowo utworzony przewód, powstaje rurka o nadzwyczaj grubych ścianach, niedozwalających łatwo na zapadnięcie się ich i zamknięcie światła moczowodu, co szczególnie w przeszczepianiu do jelita jest rzeczą wielkiej wagi. Powtóre, tworzenie dwóch fałdów ze ściany narządu dla zrobienia przewodu do pomieszczenia w nim moczowodu, w jelicie wpłynęłoby niewątpliwie na zwężenie jego światła, mogące w razie potrzeby przeszczepienia obydwóch moczowodów przybrać rozmiary niebezpieczne a przynajmniej nieobojętne dla prawidłowego ruchu treści jelitowej.

Dlatego też po różnych próbach w doświadczeniach wykonanych przezemnie na zwierzętach, wyrobiłem sobie następującą metodę postępowania:

W ścianie jelita grubego *(flexura sigmoidea)*, na przedniej jego powierzchni wykrawam dwa boki trójkąta równobocznego, z których dłuższy ($2^1/_2$ cm.) przebiega wzdłuż, krótszy (1 cm.) w poprzek jelita, przecinając otrzewnę i warstwę mięsną aż do podśluzowej, śluzową zaś pozostawiam nietkniętą. Trójkąt ten wzdłuż trzeciego, nie przeciętego boku długiego odkładam na zewnątrz, jak przykrywkę pudełka i teraz w błonie śluzowej, stanowiącej dno powstałego w ścianie ubytku mniej więcej w połowie długości, robię nacięcie poprzeczne przez całą szerokość, otwierające jamę odbytnicy. W ten otwór wkładam koniec przeciętego moczowodu, którego błonę śluzową łączę czterema szwami z brzegiem otworu błony śluzowej jelita, aby w ten sposób zapobiedz możliwemu zwężeniu się tego otworu. Wtedy opuszczam na miejsce ową „przykrywkę“, pokrywającą w ten sposób moczowód i przyszywam na miejsce gęstym szwem kuśnierskim długi bok trójkąta, poczynając od wierzchołka aż do poprzecznego boku krótkiego. Ten ostatni, przebiegający ponad zagłębiającym się moczowodem, łączę szwami węzełkowymi z jego górną powierzchnią; nadto dla pewniejszego umocowania dodaję kilka szwów węzełkowych powyżej tego miejsca, w dalszym przebiegu moczowodu po ścianie jelita.

Ten sposób operowania najodpowiedniejszy, zdaje się, do przeszczepiania przeciętego moczowodu do jelita, może być użyty i w w y n i c o w a n i u p ę c h e r z a, jeżeli z jakichkolwiek przyczyn nie można zastósować metody M a y d l a, której jednakże w przypadkach *ectopiae vesicae* należy oddać pierwszeństwo.

Pozostaje do rozpatrzenia jeszcze jedna strona następstw naszej operacyi. Dotychczas zastanawialiśmy się nad skutkami nowo stworzonych stósunków dla n a r z ą d ó w m o c z o w y c h, narażonych na niebezpieczeństwo ze strony nowego sąsiedztwa; teraz rozpatrzmy odwrotną stronę, zachowanie się jelita w tych nowych stósunkach, narzucających mu niezwykłą a podwójną rolę. Następstwa tego z dwóch względów zasługują na uwagę: ze względów zmian miejscowych i wpływu na stan ogólny.

Co się tyczy pierwszego, to dziś wszyscy prawie autorzy zgadzają się na to, że obecność moczu w odbytnicy nie wywołuje żadnych zaburzeń miejscowych w jej ścianie; błona śluzowa jelita znosi tę obecność zupełnie dobrze, bez objawów podrażnienia, jak to widzieliśmy w przebiegu pooperacyjnym naszego przypadku. Pozostaje więc druga strona — wpływ na stan ogólny, strona, na którą, o ile wnosić mogę z literatury, nikt z badaczów nie zwrócił uwagi.

Sprawa ta zostaje w ścisłym związku z kwestyą wchłaniania z *rectum* w ogóle. Jeżeli, jak udowodniono doświadczalnie a co potwierdzają codzienne spostrzeżenia kliniczne, odbytnica posiada tak wysokie zdolności chłonne, to nader poważne mogą być następstwa ciągłego przebywania w niej moczu, którego składniki z łatwością mogą uledz wessaniu

[18]) Beiträge zur Chirurgie des Ureters. Archiv. f. klin. Chirurgie. T. XLVIII. str. 639.

i przechodzić do obiegu krwi ogólnego. W jakich rozmiarach odbywa się to chłonienie głównych składników moczu, starałem się wykazać na zwierzętach. Początkowo, chcąc uniknąć utrudniających rozbiór moczu domieszek kału, robiłem u psa *anus praeternaturalis*, aby odbytnicę uwolnić od obecności kału. Postępowanie takie zarzuciłem jednak rychło, gdyż wytwarzało ono stósunki nieprawidłowe i dla zwierzęcia nadzwyczajnie ciężkie. Dalsze więc doświadczenia przeprowadzałem w stósunkach, o ile możności, jak najbardziej normalnych. Mianowicie, psu po przepłukaniu dokładnem odbytnicy wlewałem irygatorem pewną oznaczoną ilość moczu, który zatrzymywałem tam przez określony przeciąg czasu, poczem wypuściwszy, przemywałem raz jeszcze dokładnie wodą przekroploną i wodę tę zlaną razem z wypuszczonym moczem, dawałem do rozbioru wraz z porcyą moczu pierwotnego, oddzieloną przed wlewaniem. Rzecz prosta, niemożliwy jest tu wynik zupełnie dokładny, gdyż część płynu pozostanie w *rectum*, część ulega rozlaniu, idzie tylko o dane przybliżone.

Z otrzymanych liczb wynika, że wchłanianie m o c z n i k a, szczególnie z początku odbywa się szybko, przekraczając w ciągu n. p. pół godziny $^1/_3$ wprowadzonej ilości ogólnej. Zresztą szybkość wsysania nie idzie równolegle do czasu. Szczegółowe badania moje w tym względzie nie są jeszcze ukończone. W każdym razie wchłanianie mocznika przez błonę śluzową odbytnicy i to w dość znacznych rozmiarach nie ulega wątpliwości.

Na pierwszy rzut oka stanowiłoby to okoliczność silnie przemawiającą na niekorzyść operacyi, której następstwem mogłoby być coraz większe nagromadzanie się we krwi szkodliwych składników z moczu i ztąd samozatrucie ustroju. Chory więc przeniósłszy pomyślnie ten dość ciężki zabieg, uniknąwszy niebezpieczeństwa zakażenia nerek, pomimo to skazany byłby na zgubę w skutek postępującego samozatrucia. Tu jednakże na pomoc przychodzi siła samoobronna ustroju, dzięki której powstaje zrównoważenie w ekonomii ogólnej wymiany, znoszące ten nadmiar czynników szkodliwych we krwi: ponieważ w skutek wsysania mocznika z jelita więcej nagromadza się go w ustroju, więcej też wydzielają go nerki, przywracając w ten sposób równowagę. Że tak jest w istocie, dowód przedstawia nasz przypadek kliniczny, gdzie nie tylko nie rozwinęły się żadne zaburzenia na tle samozatrucia, lecz nawet odżywianie chorego, które ucierpiało przez zabieg operacyjny i długie leżenie w łóżku, szybko zaczęło się podnosić, wykazując dość znaczny przybytek wagi.

Aby jednak taka równowaga nastąpiła, na to niezbędnym jest jeden warunek: d o b r y s t a n n e r e k, od których zależy tu wszystko. Ztąd więc wynika i wskazówka pod względem wskazań i przeciwwskazań do operacyi i konieczność dokładnego zdawania sobie sprawy ze stanu nerek przed operacyą. Zadanie to jest tem łatwiejsze, że w skutek wynicowania pęcherza można z łatwością zebrać mocz wydzielający się z każdego moczowodu z osobna i poddać dokładnemu rozbiorowi.

Zestawiając wyniki badań, wyrazić możemy przekonanie, iż leczenie operacyjne wynicowania pęcherza według postępowania wykonanego w naszym przypadku, zarówno jak i w ogóle operacya przeszczepiania moczowodu do odbytnicy, jakkolwiek stanowi zabieg dość ciężki i wymaga odpowiedniej techniki operacyjnej, przedstawia znaczne szanse dobrego wyniku.

W przypadkach *ectopiae vesicae*, postępowanie to prowadzi do rzeczywiście radykalnego i trwałego wyleczenia, którego nie osiąga żadna z innych metod leczniczych. Nadto zasługuje ono na uwagę z punktu widzenia nie tylko klinicznego, lecz i ogólno-patologicznego; dowodzi bowiem, że przeszczepienie moczowodów do odbytnicy nie koniecznie prowadzi do niebezpieczeństwa zakażenia nerek, jeżeli jest wykonane w odpowiedni sposób. Za taki zaś uważam w przypadkach *ectopiae vesicae* przenoszenie wraz z częścią ściany pęcherzowej według Maydla, w innych zaś przypadkach przeszczepianie do ściany jelita według postępowania powyżej opisanego przezemnie. Wreszcie dobry wynik tych operacyj przekonywa nas, iż światło odbytnicy z łatwością stósuje się do podwójnej roli zbiornika kału i moczu, że mięśnie zwieracze pełnią dokładnie swą czynność i w stósunku do płynów, że, nakoniec, jeżeli nerki są zdrowe, wchłanianie składników moczu z odbytnicy, odbywające się w rozmiarach dość znacznych, może się wyrównać i nie wywoływać żadnych poważniejszych zaburzeń w ogólnej przemianie materyi ustroju.

III. W sprawie pierwszeństwa pomysłu kolopeksyi, to jest przyszycia kiszki do przedniej ściany brzusznej celem leczenia wypadłej odbytnicy.

W zajmującej rozprawce kolegi Idzińskiego p. t.: *Wynicowanie kiszki stolcowej na tle kamicy pęcherzowej* przeczytałem na str. 67 r. 1895. *Przeglądu lekarskiego:* „Operacya ta, (*colopexia*), podana pierwotnie przez Hutchinsona, bywa w ostatnich czasach chętnie stósowaną i daje z pomiędzy wszystkich innych sposobów najlepsze wyniki, jak o tem miałem sposobność naocznie przekonać się na chorych, przedstawionych mi przez kolegę Bogdanika w szpitalu powszechnym w Białej“.

Ponieważ dotąd sądziłem, iż byłem pierwszym, który podał do wiadomości ogółu pomysł przyszycia odbytnicy wypadającej do przedniej ściany jamy brzusznej, o czem miałem wykład na zjeździe chirurgów w Berlinie dnia 21. Kwietnia 1894. a następnie ogłosiłem pracę na ten temat w *Przeglądzie chirurgicznym* (Tom II. Zeszyt I.), wydanym dnia 22. Października 1894, przeto udałem się do kolegi Idzińskiego listownie z prośbą, aby mi zechciał podać źródło, zkąd zaczerpnął tej wiadomości, abym błąd swój mógł naprawić. Kol. Idziński odpisał mi w dniu 4. Lutego 1895 r., co następuje:

„Wzmiankę o Hutchinsonie zaczerpnąłem z podręcznika chirurgii Hueter'a. Hueter pisze bez podania źródła pracy co następuje: *In einem Falle von i r r e p o n i b l e m P r o l a p s u s r e c t i unternahm Hutchinson die Laparotomie und zog von der Bauchhöhle aus den invaginirten Dickdarm zurück, ein Verfahren, welches vor der Exstirpation vielleicht desshalb den Vorzug verdient, weil seine Gefahr geringer sein mag.* Donoszę o tem Szan. Koledze z tem zastrzeżeniem, że nie miałem wcale zamiaru wystąpić przeciw pierwszeństwu pomysłu sposobu zastosowanego przez Szan. Kolegę a, jeżeli to może mimo woli się stało, gotów jestem sprostować błąd w *Przeglądzie*, zwłaszcza, że nie wiem, czy Hutchinson szył

po repozycyi, czy nie. W końcu listu prosi o przesłanie odbitki mej pracy, która znał tylko z referatu. Ostatniemu życzeniu uczyniłem zadość, zrzekłem się zaś na razie sprostowania.

Tymczasem pojawił się w Nrze 47. *Wiener mediz. Presse* z r. b. artykuł Kolegi Idzińskiego, gdzie dosłownie to samo zdanie powtórzył, które się o 10 miesięcy wcześniej pojawiło w *Przeglądzie lekarskim*. Wobec tego muszę oświadczyć, iż wzmianka w podręczniku Huetera nie uprawnia jeszcze do przypuszczenia identyczności mojego sposobu operowania z sposobem Hutchinsona. Nawet wskazania do operacyi są odmienne. Hutchinson użył swego sposobu w przypadku wypadnięcia odbytnicy odprowadzić się nie dającego. *(In einem Falle von irreponiblem Prolapsus)*. Ja zaś piszę na str. 15. swej pracy: „Przeciwwskazaniem do operacyi przezemnie podanej są przypadki, w których pomiędzy ścianami wypadłej kiszki powstały zrosty. W tych razach jedynie odcięcie kiszki jest wskazanem". Po tych wyjaśnieniach uniknę zapewne posądzenia, żem drugi raz odkrył Amerykę.

Biała 25. Listopada 1895. *Dr. Bogdanik.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Hewelke: **Badanie bakteryologiczne krwi suchotników.**

Punktem wyjścia pracy H. jest sprawa zakażenia mieszanego w suchotach. Odkrycie prątka Kocha na pewien czas usunęło na drugi plan zapatrywania, przypuszczające udział drobnoustrojów gnilnych, wówczas jeszcze bliżej nieokreślonych, w sprawach gruźliczych. Pierwszy Babes zajął się w r. 1888. kwestyą zakażeń mięszanych w gruźlicy płuc a w ostatnich latach zapatrywanie, że w większej części przypadków przyjmują udział czynny różne, głównie jednak ropotwórcze drobnoustroje, zyskało sobie w literaturze, którą autor streszcza nader szczegółowo, prawo obywatelstwa i powszechne prawie uznanie. Jedynie Leyden i Strauss na podstawie pracy Frankla i Trojego zaprzeczają istnieniu zakażenia mięszanego w gruźlicy płuc. Postać jednak sprawy gruźliczej płuc, opisana przez Frankla i Trojego jest nader rzadką i to, jak sami autorzy przyznają, przeważnie przez zakażenia mięszane powikłaną. Jako ostatecznego dowodu zakażenia mięszanego a w szczególności ropnego w suchotach brakło dotąd wykazania obecności drobnoustrojów ropotwórczych we krwi suchotników, jak to wielokrotnie wykazano w rozmaitych sprawach ropniczych. Dopiero po rozpoczęciu badań autora ukazały się w tym przedmiocie szczupłym materyałem rozporządzające prace Jakowskiego, Straussa i Sittmanna. Pierwszy 7 razy na 9 badanych przypadków znalazł we krwi, wziętej przez nakłucie z palca, drobnoustroje ropotwórcze. Dwaj drudzy badali krew, wyciągniętą wprost z żyły wyjałowioną strzykawką Pravaza; Strauss z wynikiem stale ujemnym, Sittman 3 razy na 4 badania znalazł i wyhodował nader nieliczne kolonie gronkowca złocistego. Autor badał ogółem krew u 40 suchotników i miał wynik dodatni 17 razy; gdy jednak w pierwszym szeregu przypadków, w których krew uzyskano przez nakłuciez palca, wynik dodatni przedstawia stosunek 14:27, to w drugim szeregu, gdy brano krew z żyły, ledwo 3:13, z czego wnosi autor, że w uzyskiwaniu krwi przez nakłucie z palca łatwo przyjść mogło mimo starannej desinfekcyi do zanieczyszczenia hodowli drobnoustrojami ropotwórczymi, w które tak obfituje skóra; dlatego też uważa autor za wolne od zarzutu tylko 3 dodatnie wyniki z drugiego szeregu badań, w których jednak nie znalazł drobnoustrojów ropotwórczych, lecz ziarnik, podobny do wyhodowanego przez Tschistowitscha z treści jamy gruźliczej płuca i nazwanego *coccus albus non liquefaciens*. Ziarnik ten jednak w czystej hodowli nie jest dla zwierząt chorobotwórczy i ma jedynie dopiero w obecności innych drobnoustrojów zyskiwać, według Tschistowitscha, jadowitość.

Owocem badań H. są następujące wnioski: Dotychczasowe badania krwi u suchotników są zbyt nieliczne i niedość zgodne, by można sądzić o charakterze a tem bardziej o swoistości drobnoustrojów znajdujących się we krwi suchotników. Zdaje się jednak, że nie ma w niej drobnoustrojów zdolnych do rozmnażania się. Ponieważ t. zw. krzywa paciorkowcowa ciepłoty (*Streptococcen-Curve* Koch-Petruschky) nie zależy od obecności paciorkowca we krwi, postać więc poruszeń gorączkowych u suchotników jest jedynie objawem odczynu ustroju, mogącym zależeć od różnych przyczyn, t. j. równie dobrze od ogólnej infekcyi, jak być objawem ogólnego zatrucia. W kwestyi zakażeń mięszanych w gruźlicy płuc, nawet zupełnie ujemny wynik nie stanowiłby, zdaniem Hewelkego, ujemnego dowodu. (*Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego*. Tom XCI. zeszyt 3. Wrzesień 1895).

Dr. Ciechanowski.

H. Eichhorst (prof. w Zurychu): **Kamica nerkowa po cholerze (swojskiej).**

Wiadomo, że w przebiegu pewnych chorób narządu pokarmowego, zwłaszcza ostrych, występują pewne zmiany w moczu (*albuminuria*, *cylindruria*); do rzadkości chyba jednak policzyć należy ostro powstającą kamicę nerkową wśród przebiegu *gastroenteritidis acutae*, którą autor obserwował u chłopaka dziesięcioletniego. Już trzeciego dnia ostrego nieżytu żołądko-jelitowego wystąpił ból w żołędzi, poza spojeniem łonowem i w okolicach nerkowych a dnia następnego mocz oddany był mętny, brunatny a w osadzie grudki złogów moczowych wielkości soczewicy. Białka dużo. Pod mikroskopem ciałka krwi czerwone, ciałka wypocinowe, mnóstwo kryształków kwasu moczowego. Następnego dnia mocz okazywał stosunki normalne i od dwóch miesięcy chłopak czuje się zupełnie zdrowym. Leczenie zasadzało się na podawaniu wody Fachingeńskiej i dużej ilości mleka. Tu zatem *gastroenteritis acuta* wywołała takie zmiany w przemianie materyi, że one dały powód do wytwarzania się złogów moczowych. (*Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 48. z r. 1895).

Dr. M. W. H.

Fizyologia.

Sobierański: **O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych.**

Praca S. składa się właściwie z dwóch części, pozostających jednak ze sobą w ścisłym związku i uzupełniających się wzajemnie. Autor hołdując w zasadzie teoryi Ludwiga, sądząc więc, że właściwym narządem wydzielniczym nerki są kłębki Malpighiego, cewki zaś przedewszystkiem kręte, stanowią narząd zgęszczający i rozwijają działanie chłonicze, stara się w pierwszej części swej rozprawy poprzeć to przypuszczenie nowymi dowodami, uzupełniając je krytycznym przeglądem prac obozu przeciwnego. Posługuje on się tą samą metodą, która grupę zwolenników teoryi Bowmana-Heidenhaina doprowadziła do wręcz odwrotnych wyników, mianowicie do wniosku, że kłębkom Malpighiego przypada w udziale wydzielanie wody i soli, cewkom zaś krętym wydzielanie swoistych składników moczu (kwasu moczowego, mocznika i t. p.). Używając mianowicie w swych doświadczeniach wstrzykiwań indygokarminu i karminu sodowego do żył, znalazł S., zabijając zwierzęta w pewnym krótkim czasie po wstrzyknięciu i szybko ustalając tkankę nerki, że jądra komórek zatrzymują wstrzyknięty barwik nietylko w kanalikach krętych, ale także w kłębkach, albo i wyłącznie tylko

w kłębkach, stósownie do stopnia zgęszczenia i czasu działania barwnego roztworu, którychto okoliczności Heidenhain i jego stronnicy nie uwzględniali. Szczegóły obrazów drobnowidowych, otrzymanych w ten sposób, opisane nawet przez samychże Heidenhaina zwolenników (np. Schmidta) przemawiają za tem, że istotnie przybłonki cewek krętych wchłaniają część przez nie przepływającej wydzieliny. W ten sposób upadałby jeden z dowodów teoryi „witalistycznej"; fakta spostrzegane przez Adamiego, Biala i Bibberta, obalające inne jej podpory, potwierdza także autor.

Niepodobna w krótkiem streszczeniu pomieścić wszystkich ważniejszych punktów tej części szczegółowej rozprawy; zajmujących się tą rzeczą czytelników odsyłamy do oryginału.

W drugiej części pracy wnosi autor z szeregu doświadczeń, w których kombinował działanie niektórych środków moczopędnych w ścisłem znaczeniu tego wyrazu ze wstrzykiwaniami indygokarminu, że środki te dadzą się ująć w trzy grupy. Do pierwszej należą sole, podnoszące głównie wydatność spraw filtracyjnych i osmotycznych w kłębkach Malpighiego. Sole te pozbawiając ustrój wody, wywołują dyurezę nawet wtedy, gdy inne środki już nie dopisują, wytwarzają zatem we krwi i innych tkankach stosunki, niezbędne dla filtracyi i osmozy w kłębkach. Druga grupa obejmuje kofeinę i pokrewne jej związki, n. p. teobrominę, które osłabiają przedewszystkiem działalność chłonicza przybłonków cewek krętych a wywołują dyurezę tylko wtedy, gdy w ustroju nie brak materyj moczopędnych (*harnfähige Substanzen*). Przedstawicielem trzeciej grupy jest mocznik, którego działanie zajmuje miejsce pośrednie między tamtemi dwiema grupami: zwiększa on czynność wydzielniczą kłębków Malpighiego i jednocześnie poraża działalność chłonicza kanalików krętych, jedno i drugie jednak w znacznie mniejszym stopniu, niż środki do pierwszych obu gromad należące. (*Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Tom XCI. Zeszyt 3. Wrzesień 1895). *Dr. Ciechanowski.*

Dyagnostyka.

A. Cramer: Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie objawu kolanowego.

Dotychczas z wyjątkiem porażenia postępowego zajmowano się mało w psychiatryi objawem kolanowym, ponieważ nie spodziewano się, by miał on tu jakieś szczególniejsze znaczenie.

Na objaw kolanowy zwrócili uwagę pierwsi Erb i Westphal i to zupełnie niezależnie od siebie. Według tamtego objaw kolanowy jest rzeczywistym odruchem ścięgnistym, według Westphala zaś objaw kolanowy nie jest wprawdzie sam przez się odruchem, ale odruch jest koniecznym jego warunkiem. Ośrodkiem dla objawu rzeczonego jest rdzeń pacierzowy i to ta jego część, w której znajdują się korzenie nerwu udowego (*nervus cruralis*), zaopatrującego swemi gałązkami mięsień czworogłowy (*m. quadriceps*).

Zmiany anatomiczne, dotykające łuku odruchowego mogą być bardzo rozmaite i występować w wielorakich kombinacyach; mogą one pojawiać się w mięśniu (w zboczeniu jego odżywiania, *dystrophia*), w nerwie ruchowym i częściach doń należących, w rdzeniu pacierzowym, w nerwie czuciowym.

W stósunkach fizyologicznych nie ma objawu kolanowego u człowieka zdrowego podczas snu głębokiego i po wysiłkach cielesnych, prowadzących do wyczerpania sił organizmu, nadto u pewnej liczby ludzi liczących więcej niż 80 lat.

Pomijając wahania indywidualne, podwyższa się odruch ścięgnisty rzepkowy po wysileniach fizycznych i psychicznych, podczas zasypiania, po mocnem oziębieniu powierzchni ciała i za nagłem zadziałaniem mocnych podniet zmysłowych.

Z ogólnych spraw chorobowych łączą się z podwyższeniem objawu kolanowego ogólne osłabienie, mała gorączka, początek omdlewania tudzież rozpoczynające się zatrucie alkoholem i eterem, natomiast nie ma rzeczonego objawu w agonii, asfiksyi, w wysokiej gorączce, w mocnem upojeniu alkoholem lub eterem.

Biorąc do pomocy fortel Jendrassika, można śmiało powiedzieć, iż brak objawu kolanowego u osoby zdrowej, liczy się do bardzo wielkich rzadkości.

Sposoby wybadania obecności objawu kolanowego są znane; sposób najwięcej używany, t. j. że pacyent siedzi, nogi zakłada jednę na drugą, poczem badający opukuje z pewną siłą ścięgno rzepkowe nogi znajdującej się na wierzchu, spotyka się z trudnością przez napinanie mięśni a nieraz zagruba podściółka tłuszczowa. Dlatego lepiej, żeby noga była lekko zgięta w stawie kolanowym a pięta dotykała się podłogi lub co jeszcze lepiej, niskiej kanapki. W pozycyi leżącej bada się przez włożenie ręki pod dołek podkolanowy i podniesienie nogi.

W każdym razie należy, ile tylko można, odwrócić uwagę badanego od uderzenia, które powinno odbywać się na środkową, trzecią część ścięgna między golenią a dolnym brzegiem rzepki (*patella*).

W samym ruchu podczas objawu kolanowego biorą udział głównie mięsień czworogłowy a dodatkowo tylko inne mięśnie uda i podudzia.

Do graficznego przedstawienia i mierzenia objawu kolanowego podano rozmaite przyrządy, które jednak nie doprowadziły do żadnych rezultatów praktycznych.

Autor ogranicza się w swej pracy jedynie do chorób umysłowych.

Co się tyczy porażenia postępowego, to na podstawie zebranych z piśmiennictwa 2496 przypadków tej choroby wnosi autor, że brakuje objawu kolanowego w 21%, na podstawie zaś zbadania 2259 przypadków objaw ten jest podwyższony w 38%. Jeżeli porówna się te liczby z liczbami uzyskanemi w innych chorobach umysłowych, to wypadnie z tego, iż brak objawu kolanowego wznieca podejrzenie porażenia postępowego a tem samem jest niepomyślnym znakiem prognostycznym. Toż samo tyczy się braku objawu kolanowego tylko po jednej stronie.

Ze statystyki zebranej przeważnie przez psychiatrów angielskich, wypadałoby, iż brak objawu kolanowego w porażeniu postępowem jest znakiem dłuższego przebiegu choroby i mniejszych tudzież rzedszych okresów podniecenia.

W innych chorobach umysłowych rzadko postrzega się brak objawu kolanowego, podwyższenie zaś jego występuje w niektórych psychozach tak często, że ma znaczenie, jeżeli nie dyagnostyczne, to przynajmniej symptomatyczne.

Ostatecznie przychodzi autor do przekonania:

1) Że z wyjątkiem porażenia postępowego jest objaw kolanowy zmieniony i to przeważnie podwyższony w chorobach umysłowych z czynną sprawą psychiczną.

2) Brak objawu kolanowego w okresie wyzdrawiania z obłędu (*mania*), w obłędzie przewlekłym i w zboczeniach umysłowych z zatrucia wyskokowego jest wtedy tylko złym znakiem prognostycznym, jeżeli mu towarzysza objawy mocnego zapadu lub objawy porażenia.

3) Podwyższenie objawu kolanowego jest złym znakiem prognostycznym, jeżeli się łączy ze znacznym stopniem niedołęstwa umysłowego (*idiotia*) lub postępowym zanikiem pojętności, brakiem zwrotnej ruchomości źrenic, zboczeniami mowy lub przypadami porażenia.

4) Brak objawu kolanowego po napadzie epileptycznym wyklucza symulacyę. (*Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 46. i 47. 1895). *R.*

Chirurgia.

Reineboth: Wstrzykiwania surowicy przeciwrakowej Emmericha w śródbłoniak (*endothelioma*).

Autor w przypadku nawrotu śródbłoniaka sutka, nie nadającego się do operacyi, wstrzykiwał w guz surowicę Emmericha. Doszedł do 15 cm.³ na dawkę, bez wywołania reakcyi ze strony organizmu, ale i bez miejscowego skutku.

Chora po 4 tygodniach umarła. Sekcya wykazała rozmiękczenie w środku guza a na obwodzie miejscami nekrozę, stłuszczenie i zakrzepy, więc zmiany, jakie występują po wstrzyknięciu *solutio arsenicalis Fowleri, argentum nitricum*, lub surowicy Coleya. Autor odmawia surowicy Emmericha wszelkiego swoistego działania. (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 48. 1895). *Dr. M. W. H.*

Zapiski terapeutyczne.

143. Lewin: O użyciu octu przeciw wymiotom po chloroformowaniu (ze szpitala św. Piotra w Brukseli). Autor użył w 174 przypadkach zaraz po skończeniu narkozy chloroformowej wdychań octowych i uwolnił 125 operowanych zupełnie od wymiotów, u 49 zaś uzyskał przynajmniej tyle, iż wymioty pojawiły się tylko wieczorem lub w nocy po operacyi i były bardzo lekkie. Autor stósuje ocet w celu, o którym mowa, w ten sposób, iż kompres octem napojony przykłada do maski użytej do chloroformowania a znajdującej się jeszcze na twarzy operowanego, poczem maskę z pod niego usuwa tak, by jak najmniej świeżego powietrza miało przytem dostęp, i kompresy octem napojone zmienia w podobny sposób. Procedurę tę trzeba stósować przynajmniej przez trzy godziny. Skuteczność octu przeciw wymiotom z chloroformowania tłómaczy sobie L. przypuszczając, iż 1) ocet wiąże chlor z rozkładu chloroformu powstały i przez to zapobiega zadrażnieniu krtani i tchawicy, 2) że ocet zobojętnia działanie chloroformu wodę tkaninom odejmujące i 3) że ocet pobudza narząd oddechowy do energiczniejszego działania. Jakoż przekonał się autor, że za użyciem octu w celu rzeczonym rychlej tętno stawało się mocniejszem, oddech głębszym, twarz nabierała prawidłowego zabarwienia, apetyt i stan ogólny poprawiały się. (*Revue de chirurgie.* 9. 1895).

144. P. Langlois i G. Maurange: O pożyteczności wstrzykiwania podskórnego oksyparteiny przed znieczuleniem chloroformowem. Autorowie wykazali już dawniej, że sparteina wzmacnia i reguluje czynność serca u chloroformowanych; gdy Hurtle jednak wykrył, iż oksysparteina działa w tej mierze jeszcze energiczniej, spróbowali jej autorowie w 210 przypadkach znieczulenia chloroformem w klinice w ten sposób, iż na kwadrans przed operacya wstrzykiwali podskórnie 3 do 4 centygramów oksysparteiny z dodatkiem centygrama morfiny i uzyskiwali przez to za pomocą chloroformu rychłą zawsze narkozę, łatwą do utrzymywania małą ilością chloroformu obok regularnej czynności serca nawet w razie, jeżeli oddychanie było powierzchownem. Jeżeli operacya trwała długo, n. p. do 7 kwadransów, wstrzykiwano po godzinie poraz drugi oksysparteinę z morfiną. (*Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences.* 5. 1895).

145. E. Giampietro (w Neapolu): O leczeniu rtęcią zołzów (*scrophulosis*), liszaja żrącego (*lupus*) i gruźlicy. Autor niezadowolniony z dotychczas przeciw zołzom używanych środków wpadł na myśl użycia w tej mierze rtęci. Z początku wstrzykiwał w powiększone gruczoły codziennie po miligramie sublimatu. Gruczoły zmniejszyły się wprawdzie; gdy jednakże polepszenie to stanąwszy na pewnym stopniu dalej już nie postępowało, począł stósować sublimat wewnętrznie: codziennie po miligramie rozpuszczonym w 50 gramach wody z dodatkiem grama chlorku sodu.

Pod wpływem tego leczenia gruczoły zmniejszały się a po 7 tygodniach nie okazywały więcej żadnego obrzmienia.

Podobny skutek pomyślny uzyskał autor w trzech przypadkach liszaja żrącego na nosie i małżowinie usznej, w nich jednak obok wewnętrznego zadawania sublimatu części chorobowe zmienione wyskrobywał a następnie przypalał kwaśnym azotanem rtęciowym.

W końcu użył autor rtęci w jednym przypadku gruźlicy płuc i w jednym gruźlicy jelit.

W gruźlicy płuc z jamą z początku był skutek bardzo wybitny po użyciu wewnętrznem siarczku rtęci (*aethiops mineralis*) i po wstrzykiwaniu do jamy płucnej codziennie miligrama sublimatu w trzech gramach wody rozpuszczonego; później jednak sprawa pogorszyła się znowu i chory zginął na nią.

Natomiast w przypadku gruźlicy jelit po wytrwałem przez kilka miesięcy używaniu sublimatu po miligramie dziennie obok strychniny i dyety mlecznej uzyskano wyleczenie zupełne. (*La Semaine médicale.* 4. Grudnia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie III. dnia 4. Czerwca 1895 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Zastanawiano się nad fabrykacyą wina borówkowego, wyrabianego przez jednę z firm krakowskich, która zgłosiła się o poparcie tego wyrobu. Na wniosek prof. Bujwida uchwalono poczynić fabrykantowi uwagi co do sposobu udoskonalenia tego wyrobu.

2) Przyjęto do wiadomości świadectwa o dobrym stanie obory i służby stajennej w Sledziejowicach za czas od 1. Marca 1895 r.

3) Z gipsem wyrobu WP. K. Czecza i Spółki w Płaszowie podjął się prof. Dr. Obaliński czynić dalsze próby co do użyteczności do celów chirurgicznych.

4) Czekoladki z olejkiem rącznikowym na wniosek prof. Dra Bujwida i prof. Dra Ponikły uchwalono przesłać lekarzom miejskiej kasy chorych w celu czynienia dalszych prób nad ich skutecznością i użytecznością.

5) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że P. Maryan Zahradnik według pisma z dnia 2. Kwietnia 1895. obniżył cenę kapsułek leczniczych przez Tow. lek. krak. poleconych.

6) Biorąc pohop z okólnika c. k. Namiestnictwa z d. 28. Stycznia 1895. L. 7598. uchwalono zwrócić uwagę aptekarza P. Wiszniewskiego, by pastylki sublimatowe do opatrunków przez Tow. lek. krak. polecone w widoczny sposób odznaczał i odpowiedniemi napisami tak od innych pastylek do użytku wewnętrznego odróżniał, by z podobieństwa kształtu nie mogła nastać żadna szkodliwa pomyłka.

7) Sztuczną wodę Emską, którą zamierza wyrabiac polecona przez Tow. lek. krak. fabryka wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego, oddano do zbadania proff. Drom Jaworskiemu i Olszewskiemu.

8) Uchwalono prosić prof. Dra Olszewskiego, by przedsięwziął znów kontrolę nad sposobem wyrabiania wód gazowych przez fabrykę Rzący i Chmurskiego a prof. Dra Bujwida, by był łaskaw zająć się badaniem fabrykacyi tychże wód pod względem bakteryologicznym.

9) Upoważniono Dra Ludomiła Korczyńskiego, by jako sekretarz podkomisyi balneologicznej od siebie zawezwał do złożenia sprawozdania począwszy od roku 1887. do końca roku 1894. te zdrojowiska i uzdrowiska polskie, które mimo odezwy komisyi z dnia 25. Lutego dotychczas sprawozdania tego nie nadesłały.

10) Referat prof. Steingrabera jako sprawozdawcy podkomisyi co do zaopatrywania Krakowa w mleko odpowiadające wszelkim wymaganiom higieny (proff. Adametz, Bujwid, Ponikło, Steingraber i Walentowicz), wywołał dłuższą dyskusyę, po której uchwalono na razie zaniechać projektu urządzenia w Krakowie ogólnego zakładu sterylizacyi mleka, natomiast starać się koniecznie o urządzenie w pobliżu Krakowa wzorowej mleczarni, o ile można mającej filią obory w Krakowie a równocześnie w myśl wniosku prof. Bujwida wnieść do Magistratu miasta Krakowa przedstawienie o ściślejsze kontrolowanie mleka na targu sprzedawanego.

Sekretarz Komisyi: *Dr. Michał Śliwiński.*

Posiedzenie III. dnia 15. Czerwca 1895 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 11.

1) Przyjęto do wiadomości, że spis lekarzy zdrojowych przez sekretarza podkomisyi balneologicznej Dra Ludomiła Korczyńskiego ze-

sławiony, umieszczony został w Nrze 23. *Przeglądu lekarskiego*, zkąd powtórzyło go wiele pism krajowych.

2) Na podstawie badań podjętych w klinice lekarskiej krakowskiej i referatu złożonego w tym względzie przez Dra Piątkowskiego, członka Komisyi przem. lek. uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. pastylki z suszonym gruczołem tarczykowym (*pastill. thyreoideae*) z których każda zawiera po 0·25 tegoż gruczołu. wyrobu aptekarza E. Hellera w Krakowie jako przetwór farmaceutyczny polecenia godny, który jest w stanie zastąpić podobne przetwory zagraniczne (Wniosek ten Towarzystwo lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 19. Czerwca 1895 roku).

3) Na podstawie badań przeprowadzonych przez prof. Dra Olszewskiego uchwalono zwrócić uwagę fabryki wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego na sporządzenie wody Bilińskiej sztucznej na wodzie przekroplonej.

4) W myśl referatu prof. Dra Jaworskiego uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. następujące przetwory, przez mag. farm. aptekarza P. Otowskiego wyrabiane, jako przetwory odpowiadające wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej a tem samem polecenia godne a mianowicie: *a)* Pastylki bromowe, na wzór pastylek Erlenmeyera sporządzone a zawierające po 0·40 bromku potasowego i bromku sodowego a po 0·20 bromku amonowego. Słoik zawiarający 12 sztuk kosztuje 60 ct.; *b)* Pigułki ocukrzone zawierające po 0·05 bromku kamfory. Cena pudełka zawierającego 100 sztuk wynosi 75 ct.; *c)* Perełki ocukrzone zawierające po 0·001 azotanu strychninowego. Cena flakonika mieszczącego w sobie 50 perełek wynosi 50 ct.; *d)* Perełki z arsenianem potasowym, z których każda zawiera po 0·001 arsenianu potasowego. Flakonik o 50 perełkach kosztuje 40 ct. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 6. Listopada 1895 roku).

5) Dziesięć rozmaitych przetworów farmaceutycznych przez producentów nadesłanych do zbadania i polecenia, zwrócono z uwagami, w jaki sposób fabrykacyą ma się udoskonalić, ażeby przetwory te można było polecić Tow. lek. krak.

Sekretarz Komisyi: *Dr. Michał Śliwiński.*

VI.

ZE WSCHODU.

ZARYSY LEKARSKIE.

Przez

I. Ilg......

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

Podręczniki i w ogóle książki lecznicze tybetańskie dzielą wszystkie choroby na 8 działów. Podział ten jest jednak samowolnym, nie uwzględniono w nim żadnego systemu i jeden oddział przechodzi znacznie drugie swemi rozmiarami. Pierwszy z nich zajmuje ogromny dział chorób właściwych każdemu wiekowi, drugi chorób dziecinnych, trzeci kobiecych, czwarty chorób powstających od sił złych i nieczystych, piąty chorób zewnętrznych, szósty otrucia, siódmy chorób starości i wreszcie ósmy sposobów dla zachowania młodości od przedwczesnego zestarzenia. Chorób elementarnych i głównych, od których biorą swój początek inne, ma być 101; z mniejszemi, które mogą przechodzić bez leczenia, lub mogą być odpędzone modlitwami, jest 404. Włączywszy w to i inne pomniejsze przypadłości, łamowie liczbę chorób obliczają na 2000. Włączone tu się znajdują nie tylko same choroby, ale i ich rozmaite symptomaty, jak: kaszel, czkanie, zatwardzenie stolca, ból w każdem oddzielnem miejscu ciała i t. p., jak to spotykamy w lecznictwie ludowem. Jest też nie mało chorób mistycznego pochodzenia, wymienionych przez Dra Kiriłowa, jak otrucie się jadem spadającej z nieba, złej gwiazdy, lub sposoby przeciw temu, aby stary nie ożenił się z młodą, co zowie się właściwie *sin-bar-dalba* i t. d. Święte księgi buddyjskie ilość wszystkich chorób na ród ludzki spadających oznaczają na 84.000, ucząc, że im dalej świat będzie istniał, tem liczba grzechów a z niemi i liczba chorób ludzkich coraz bardziej się zwiększy.

Przebiegłszy w krótkości samą teoryę i osnowy medycyny tybetańskiej, przejdźmy do jej terapii, to jest do właściwego lecznictwa, posiadającego moc niezliczoną środków, których początek ginie w tradycyi lat tysięcy. Nabyte są one z przedmiotów codziennego użycia, lub zapożyczone z ościennej medycyny japońskiej, chińskiej i naleciałości z czasów ostatnich ze współczesnej medycyny rozumowej, europejskiej.

Środki lecznicze dzielą się na dwa wielkie odłamy leków właściwych i środków mistycznych. W rzędzie leków właściwych są nie tylko środki cieszące się od dawna sławą leczniczą, których dostanie stanowi pewną trudność, lecz każdy przedmiot do codziennego użytku staje się w ręku łamów lekiem. Wszystkie te leki wchodzące do farmakologii tybetańskiej dzielą na: 1) Ziemne, lub ciężkie, jak tłuszcz, oleje, przez oczyszczenie pierwiastku *chi* wzmacniające organizm. 2) Wodne, płynne lub ciągnące się, oczyszczają *szare*, dodając organizmowi miękkości i wilgoci. 3) Ogniowe, są gorące, suche, żrące; powiększają one ciepło, dodają ognia wzrokowi, oczyszczając *badyan*. 4) Powietrzne są lekkie, ruchome, zimne, suche, oczyszczają jednocześnie *szare* i *badyan*. 5) Eteryczne, zwane niebieskiemi, rozpędzają zastój w naszem ciele i podtrzymują pustotę. Lekarstwa wodne i ogniste działają na wierzchnią część ciała, podnosząc je do góry, kiedy leki składające się z ziemi i wody, oczyszczają dolną część tułowia, pędząc w dół. Oprócz wyżej powiedzianych są leki: 6) Słodkie, 7) Kwaśne, 8) Słone, 9) Gorzkie, 10) Ostre, 11) Przaśne, 12) Drogie kamienie, jak złoto, dające siłę i długowieczność, srebro suszące krew i materyę, czerwona miedź susząca gnój i zmniejszająca gorączkę. 13) Do rzędu kamieni odnoszą tysiąco-letni śnieg, wzięty ze szczytów Himalaju, brylant wypędzający z ciała żelazo, leczący choroby mózgu i kości, arszenik wstrzymujący gnicie i inne kamienie leczące złamania kości i rany. 14) Ziemie, jak złoty piasek, leczący choroby odbytnicy; nieoczyszczona sól glauberska wstrzymująca gnicie i polepszająca trawienie, mech rosnący w niektórych razach na północnej a niekiedy na południowej stronie, w otruciach i od gorączki. 15) Grupa środków roślinnych, jak korzenie, węgle, pączki, kora, smoła, liście, kwiaty i owoce. 16) Soki roślinne. 17) Odwary i nastoje z różnych roślin. 18) Trawy.

Do rzędu najpotężniejszych środków leczniczych należą kamfora zabijająca gorączkę, biały cyprys skuteczny w gorączce, jakoteż w chorobach płuc i serca, białe aromatyczne drzewo agar osłabiające gorączkę serca, wątroby, w zapowietrzeniach i otruciach, szafran w chorobach wątroby, orzech sugmił, orzeszki ambraj, sambraj, żambraj, muszkatowy orzech, malina, gwoździki w łamaniach różnych części ciała, w bólu nerek, granatowy owoc w chorobach żołądka; pieprz w strączkach i cynamon podnosi temperaturę ciała. Smoły wszystkie leczą choroby kości i mózgu. Najbardziej rozpowszechnionym środkiem w tybetańskiej, jak i w chińskiej medycynie jest makowiec i rumbarbarum, szczególnie pierwszy znajduje zastósowanie wszędzie. W skład

lekarstw też wchodzą części różnych zwierząt, jak mięso, kości, skóra, mózg, włosy, pazury, krew, mocz i kał. Największe mają użycie łoś, *iziubr*, baran, sarna, owca, żaba i t. p. Spotykamy pośród tego bogatego arsenału leków i sadzę z komina, rozprowadzoną kałem lub moczem, wziętym od czarnej krowy lub kota, które i średniowieczna medycyna adoptowała. W ogóle nie mało środków pochodzenie swe ma ze starożytnej medycyny a przywiezionych zostało do Europy przez mnichów katolickich, zkąd następnie wchodząc do nas, trafiły do notatek w kalendarzach szlachty i ich *silva rerum* a ztamtąd przeszły w lecznictwo ludowe, gdzie dotąd szerokie mają zastosowanie. Wszystkich środków w medycynie tybetańskiej jest taka moc ogromna, że najbieglejszy w swej sztuce *emezi-łama* nie może ich znać dokładnie, tem bardziej, że wielce utrudniają samo poznanie ich nazwy tybetańskie, pod któremi na miejscu w Tybecie są znane a które są niedostępne dla wielu Mongołów a cóż mówić dla Europejczyków. Łamowie często używają środków leczniczych, których nie znają pochodzenia, a poznać korzenie lub kwiaty w utartych proszkach, które gotowe przychodzą ztamtąd, nie ma sposobu. P. Pticyn w broszurce swej zapisał tylko cząstkę leczniczych środków i ich nazwy ze słów łamy, które wyniosły 425. Same leki, które podają chorym, są bardzo skomplikowane; oprócz mięszanin z różnych ekstraktów, nastojów proszki składają się nieraz z 30 i więcej ingredyencyj.

Do rzędu leków właściwych trzeba zaliczyć i chirurgię, która jednak w medycynie starożytnej, podobnie jak i w średniowiecznej i ludowej, nie miała szerszego rozwoju, do wszelkiego bowiem leczenia połączonego z bólem pacyenci niechętnie się odnoszą we wszelkich stadyach swego umysłowego rozwoju i każdą manipulacyą operacyjną zawsze gotowi są zastępować wewnętrznemi lekami lub smarowidłami. Oprócz jednego lanceta, stósownie do operacyi podejmowanej mającego na swym trzonku wyobrażenie jakiego bóstwa, innych instrumentów prawie łamajska medycyna nie posiada. Lancet służy przeważnie tylko do przecięcia ropni i to rzadko, gdyż chętniej stósują wszelkie smarowania, do nacięcia skóry niekiedy przy wodnych puchlinach a głównie do upustu krwi. Puszczanie krwi stanowi osobną sztukę w lecznictwie tybetańskiem, której się uczą w szkole przez długie lata. Przystępujący do tej operacyi, która jest w użyciu powszechnem, pamiętać winien miejsca, z których należy puszczać krew, i te, z których się wzbrania. Miejsc do puszczania krwi jest 77 a szkodliwych jak dla zdrowia, tak i dla życia jest 112. Osobne rysunki wskazują te miejsca dokładnie. Oprócz tego puszczający powinien pamiętać, w której chorobie z którego miejsca należy puszczać krew; przytem należy odróżniać dobrą krew od złej i w razie, gdyby krew puszczana była dobrego gatunku, należy ją zatrzymać i upuścić z innego miejsca ciała. W każdej gorączce, której przyczyną jest buntująca się krew, należy jej upuścić. Trzeba też znać choroby, w których należy puszczać krew zimnym a w których lancetem ogrzanym; w niektórych chorobach po upuszczeniu krwi należy wysysać krew bańkami a niekiedy na te miejsca przystawiają moksy i przypalają je rozpalonem żelazem. To ostatnie zresztą, jako środek odciągający i bez puszczania krwi. Przy tych operacyach istnieją pewne modlitwy, które łama musi odmawiać.

Położnictwo jeszcze słabiej jest uprawiane pośród Buddystów, niż inne gałęzie lecznictwa, i ograniczają się wyłącznie do wyciągania siłą płodu w razie utrudnienia wyjścia jego lub łożyska.

Do tych środków leczniczych należy jeszcze dołączyć wodolecznictwo, często stósowane w łamajskiej medycynie w najprzeróżniejszych chorobach. Dzięki swemu wysokiemu położeniu nad powierzchnią morza Zabajkalia, jak i Mongolia posiada nietylko nie mało źródeł zimnych, górskich potoków z wodą jak łza czystą, lecz ma i mineralne źródła zimne i gorące różnych własności, któremi się leczą pijąc lub w nich się kąpiąc. W źródłach zabajkalskich pierwszymi nawet kuracyuszami byli Mongoło-Buriaci a za nimi zaczęli do nich uczęszczać Rosyanie. Buddyści jednak systematycznie się nie leczą, nie kąpią się i nie piją wód. Przyjeżdżają do nich na dni kilka, nie raz w czas najokropniejszy, zimny i słotny: rozebrawszy się do naga, podstawiają pod strumień cieknącego z góry potoku chorą część ciała. Nocują przez czas kuracyi na polu pod gołem niebem. Przy piciu wód też nie zachowują żadnej dyety; wodę mineralną zakasują baraniną podsmażoną na ogniu, która jest ulubionym ich pokarmem i zapijają *araku*, t. j. lekkim napojem wyskokowym, otrzymywanym z mleka, który poniekąd u Buryatów zastępuje wódkę i jest lekiem używanym w chorobach. Wanny, obmywanie ciała, mycie twarzy i rąk codzienne u buddystów nie mają zastósowania. W niektórych chorobach jednak wygrzewają się w jurcie przed ogniem i pocą, mocno się zakrywszy. Koszulę i spodnie zwykle zrobione z sinej chińskiej dalemby, Buryat, jak Mongoł i Chińczyk nigdy nie oddaje do mycia, nosi je, nim nie zedrze. Zimą na te odzienia noszą wywrócone włosem na wierzch kożuchy, oprócz Chińczyków kupczących, którzy i w zimnym klimacie nie noszą kożuchów, zadawalniając się kurmami futrzanemi, rodzaj kaftanów, pod spodem watowane spodnie, kaftan i pas. Ten ostatni noszą nieraz i podczas lata; ma to ochraniać od przeziębienia i od cholery, która, jak wiadomo, w ich kraju własnym dziesiątkuje ludność corocznie.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Grudnia 1895 r.

— Otrzymujemy następujące pismo.

Członkowie VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich mogą począwszy od 18. b. m. otrzymać bezpłatnie *Pamiętnik Zjazdu* i to: Członkowie w Krakowie zamieszkali w księgarni Wgo Krzyżanowskiego w Krakowie, Członkowie we Lwowie zamieszkali w księgarni Wnych Gubrynowicza i Schmidta, Członkowie zamieszkali w Królestwie polskiem i w Rosyi w księgarni Wnych Gebethnera i Wolfa w Warszawie, po otrzymaniu pozwolenia od tamtejszej cenzury; Członkom zaś zamieszkałym w Galicyi, W. Księstwie poznańskiem i w innych krajach zostanie *Pamiętnik* w najkrótszym czasie pocztą rozesłany. Reklamacye przyjmować i załatwiać będzie podpisany

Dr. Władysław Bylicki, Lwów, ul. Kościuszki 7.

— Ministerstwo wyznań i oświaty w Wiedniu zwołało na dnie 19., 20. i 21. b. m. ankietę w sprawie reformy studyów i ścisłych egzaminów lekarskich.

— Ze zdania sprawy o śmiertelności w roku 1894. w krajach w austryackiej Radzie państwa reprezentowanych, sporządzonego w Wydziale lekarskim ministerstwa spraw wewnętrznych w Wiedniu wyjmujemy następujące daty świadczące smutnie o stosunkach higienicznych w kraju naszym a ztąd i nawołujące energicznie do naprawy złego.

W całej Cyslitawii umarło 715188 osób, więcej niż w roku poprzednim o 25277, z czego na Galicyę z W. Księstwem krakowskiem przypada 227891, więcej niż w roku poprzednim o 23055 czyli z przy-

bytku zmarłych w całej połowie monarchii austro-węgierskiej w roku 1894. przypada 92% na Galicyę. Gdy średnia śmiertelność dla całej Cyslitawii wynosiła 28·12‰, wyniosła ona w Galicyi 33·07‰ i była największą ze wszystkich krajów w Radzie państwa reprezentowanych. Ze zmarłych na ospę 2506 osób przypada na Galicyę 2045 czyli 80%; odpowiednie cyfry dla cholery wynoszą 8870, 8369 i 94·3%, dla wścieklizny 56, 37 i 66%.

Uderzającą jest rzeczą, iż w całej Cyslitawii zwiększa się liczba przypadków śmierci z raka i gdy w roku 1873. umarło na tę chorobę 6895, zginęło z niej w roku ubiegłym 14906 osób czyli przeszło dwa razy więcej. Gdy na 100000 mieszkańców umarło z ostrych chorób zakaźnych w całej Cyslitawii 417, wynosi odpowiednia liczba dla Galicyi 884, t. j. przeszło dwa razy więcej. Natomiast dla suchot płucnych wynoszą odpowiednie liczby 362 i 365, t. j. śmiertelność ze suchot płucnych w r. 1894. w Galicyi równała się prawie średniej śmiertelności z tej choroby w całej Cyslitawii.

— Donoszą nam z Paryża, iż Dieulafoy, profesor w tamtejszej *Ecole de médecine* poświęcił dwa wykłady pracy Dra Karola Kleckiego ogłoszonej w *Annales de l'Institut Pasteur*, w której szczególnie podniósł metodę badania.

— Akademia francuska przyznała nagrodę Levy'ego w kwocie 50000 franków po połowie profesorowi Behringowi i Rouxowi.

— Pułkownik Dr. Bircher, lekarz naczelny drugiego korpusu armii szwajcarskiej, żąda w osobnej pracy, wydanej w Argowii, rewizyi konwencyi genewskiej, zawartej 22. Sierpnia 1864 r. jako układ międzynarodowy a ratyfikowanej przez 29 państw, konwencyi, której artykuły dodatkowe z 20. Października 1868 r. nie były ratyfikowane a tem samem nie zostały uznane przez prawo narodów. Dr. B. zwraca przy tej sposobności uwagę, iż w ostatniej wojnie francusko-niemieckiej nieraz dopuszczano się ze strony francuskiej przeciw konwencyi grubych przekroczeń z przyczyny, iż rząd francuski nie podał jej do wiadomości wojska i ludności. Otóż Dr. B. domaga się teraz w swej pracy, żeby odtąd na wszystkich wojnach rannych i chorych obydwóch stron ze sobą walczących, dalej wszystkich członków opieki lek. i cały materyał sanitarny tudzież członków i materyał dobrowolnej pomocy lek. uznano za neutralnych bez różnicy, czy oni, względnie one wpadną podczas spokoju, czy też podczas ruchu i potyczki w ręce nieprzyjacielskie. Neutralność ustaje, jeżeli osoby należące do służby sanitarnej dopuszczają się kroków nieprzyjacielskich względem przeciwnika, przyczem wszakże użycia broni dla własnej ochrony w razie napadu nie ma się uważać za krok nieprzyjacielski. Obydwie strony wojujące mają się zawiadamiać dokładnie o rannych i zabitych, w ich ręku się znajdujących, W razie odwrotu jednej strony po walce może część osób należących do korpusu sanitarnego zostać dla opieki nad rannymi na placu boju a po skończeniu swej czynności udać się bezpiecznie i bez przeszkody do swej armii. Wszelkie nieprawne używanie godeł Czerwonego Krzyża tak podczas wojny jak i podczas pokoju ma surowej ulegać karze.

— Pruski minister oświaty i spraw lekarskich, Dr. Bosse zażądał od czterech profesorów berlińskiego Wydziału lekarskiego wytłómaczenia się, jakim sposobem podpisy ich znalazły się na świadectwach tyczących się mydła mirolinowego, wyrabianego i reklamowanego przez aptekarza Flüggego. Trzech profesorów dało żądane wyjaśnienia, czwarty zaś, prof. Dr. H. Krause, docent laryngologii oświadczył, iż spełni żądanie ministra, dopiero wtedy, gdy będzie wiedział, na co ono potrzebne, i dodał, iż właściwą jego władzą dyscyplinarną jest tylko Wydział lekarski. Wobec tego polecił minister Wydziałowi lekarskiemu wytoczyć śledztwo dyscyplinarne prof. Krausemu.

W każdym razie zdarzenie to jest dowodem, iż lekarze powinni być ostrożni w wydawaniu świadectw, których potem interesowani nadużywają dla reklamy swych wyrobów.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Moskwie Dr. **A. J. Wojtow**, profesor bakteryologii w tamecznym uniwersytecie, skutkiem zakażenia się przy doświadczeniach z jadowitemi bakteryami; — w Bazylei Dr. **Ludwik Rütimeyer**, b. profesor anatomii porównawczej; — w Caen Dr. **Bourienne**, profesor położnictwa w szkole lekarskiej,

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 49. Z. Endelman: O nowej operacyjnej metodzie leczenia tyłozgięcia macicy, *vaginofixatio Mackenrodti*. W. Wróblewski: Krwotoki nosowe (ciąg dalszy). H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 49. J. Kramsztyk: Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia błonicy. K. Jasiński: Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewny; laparotomia, całkowite wycięcie macicy. S. Bronowski: Przyczynek do epidemiologii grypy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18-go Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne. Porządek dzienny: Wybory urzędników na rok 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 21. Grudnia 1895 r. Nr. 51.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 109.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Irw. Bronisław Grabowski 167. Clinton and 193. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 25 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

Przegląd lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1896. **rok trzydziesty piąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz, formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ — 2 arkuszy na tydzień **jak najregularniej.**

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim***, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Autorowie otrzymują bezpłatnie 25 odbitek ze swych prac; życzący sobie otrzymać większą ich liczbę zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć to wyraźnie, życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.

Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1896., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.*

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

I. Przyczynek do kazuistyki nerwic zwrotnych ucha zewnętrznego.

Napisał

Dr. R. SPIRA.

Wiadomo powszechnie, że istnieją pewne narządy w ustroju ludzkim, z których, jeźli w jakibądź sposób są zajęte, bardzo łatwo powstają najrozmaitsze nerwice zwrotne w odległych częściach ciała. Jako takie narządy, których zmiany najczęściej i najłatwiej są przyczyną nerwic, znane są przedewszystkiem nos, części płciowe, szczególnie macica, jajniki, dalej przewód pokarmowy. Liczne i różnorodne są objawy nerwowe, wywoływane przez rozmaite cierpienia nosa, szczególnie takie, które zrządzają zwężenie jamy nosowej. Takiemi objawami są nerwobóle, przeważnie nerwu troistego, migrena, napady zawrotu głowy i zemdlenia, kaszel, upośledzenie wzroku, dusznica, kurcz głośni, choroba Basedowa, ogólne przygnębienie, neurastenia a nawet zaburzenia umysłowe i t. p. W ogóle żadna może inna okolica ciała ludzkiego nie jest tak często punktem wyjścia tylu przeróżnych objawów nerwowych, jak właśnie jama nosowa.

W pewnych stanach niestrawności, zwłaszcza u suchotników występują często po jedzeniu bicie serca i kaszel i to w ten sposób, że pokarmy drażnią żołądkowe włókna nerwu błędnego, drażnienie to zaś pobudza sposobem odruchowym z jednej strony włókna sercowe tego nerwu wywołując palpitacye, z drugiej strony włókna płucne, sprawiając kaszel.

Dalej w najrozmaitszych zboczeniach w układzie nerwowym jesteśmy przyzwyczajeni myśleć o narządzie płciowym, szczególnie u kobiet, albo też o przewodzie pokarmowym, jako o ewentualnem źródle owych zboczeń.

Nie tak pospolicie znane, ale niemal nie mniej różne i liczne bywają przypadki nerwowe, z narządu słuchowego pochodzące tak, że można ucho uważać za miejsce zbiorowe

dla wielu przyczyn, wywołujących nieraz różne zadrażnienia odruchowe a nawet przypady bardzo groźne. Bardzo ciekawe są przypadki ogłoszone przez Eitelberga. Pewien chory [1]) dostał nagle napadu nieprzytomności, przez osoby otaczające za udar mózgowy uważanego, wskutek nagromadzenia się wypociny surowiczej w jamie bębenkowej, po której wypuszczeniu za pomocą nacięcia błony bębenkowej i po wdmuchnięciu powietrza chory szybko odzyskał przytomność. W innym przypadku [2]) pojawiła się zaraz po paracentezie błony bębenkowej amnezya, która wkrótce minęła. Wspomnienia godne są również przypadki Bayera [3]), tyczące się chorego 33 lat liczącego, który utraciwszy przytomność skutkiem wstrząśnienia ciała oprzytomniał natychmiast po wdmuchnięciu powietrza przez cewnik, i chorej 26 lat liczącej, u której wdmuchiwanie powietrza, wykonywane dla nieżytu przewlekłego ucha środkowego wywoływało za każdym razem utratę przytomności. Dość pospolite jest to zjawisko, że po wdmuchnięciu powietrza, występuje zawrót głowy. Niedawno temu miałem sposobność spostrzedz zjawisko wprost przeciwne. Młoda dziewczyna, ropnem zapaleniem przewlekłem ucha środkowego dotknięta i od kilku dni przez bardzo dokuczliwy i męczący zawrót głowy bezustannie strapiona tak, że nie była w stanie głowy w łóżku obrócić, usiadła w łóżku na chwilę zupełnie wolna od zawrotu natychmiast po zabiegu Politzerowskim.

Nierzadkie są także przypadki drżenia gałek ocznych (*nystagmus*), występującego samo lub obok innych różnych objawów mózgowych, wskutek chorób usznych drogą odruchową wywołanych. Jako działanie odczynowe należy także uważać zjawisko sympatycznego wpływu z jednego ucha na drugie tak, że często cierpienie jednego ucha jest przyczyną upośledzenia słuchu w drugiem, zdrowem uchu i leczenie jednego ucha polepsza słuch w drugiem, nieleczonem uchu (Eitelberg [4]), co Urbantschisch [5]) tłómaczy wpływem odruchowym pobudzenia czuciowych włókien nerwu troistego jednej strony na wszystkie wrażenia zmysłowe i po drugiej nie draźnionej stronie, skutkiem czego czuciowy wpływ z jednego ucha może wywołać zmiany czynnościowe w drugiem.

Także i inne, mniej lub więcej znane, podobne zjawiska dają się tłómaczyć obfitem unerwieniem ucha środkowego przez kilka nerwów mózgowych i ich związek z innemi nerwami podstawy mózgu i rdzenia pacierzowego. Zmiana ucisku w jamie bębenkowej i w ich następstwie zaburzenia w ciśnieniu, krążeniu i wydzielaniu w błędniku tłómaczą dalej cały szereg objawów, w tej okolicy swój początek biorących.

Jest też to okolicznością, na którą dotychczas za mało jeszcze zwracano uwagi, że takie nieznaczne i lekkie zboczenia w uchu zewnętrznem, zboczenia nawet, które żadnych ważnych przypadków miejscowych nie sprawiają, mogą sprowadzić drogą odruchową w miejscu oddalonem przypady bardzo poważne a nawet groźne. Najczęstszą przyczyną tych nerwic zwrotnych, z przewodu słuchowego zewnętrznego pochodzących jest draźnienie rozgałęziających się tam nerwów błędnego, troistego i językopołykowego przez ciała obce. Pobudzenie tych nerwów przenosi się na ich ośrodki w mózgu, zkąd znów przechodzi na ich gałęzie, inne części ciała zaopatrujące, n. p. na gałęzie nerwu błędnego w krtani, w żołądku, w wątrobie i t. d. Obce ciała przyczynę tych nerwic stanowiące mogą być albo w uchu wytwarzane, jak woskowina albo dostały się tam z zewnątrz, bądź umyślnie włożone jak u dzieci, u obłąkanych, bądź to owady i t. p. Ostatnie mogą znowu przez draźnienie gruczołów woskowinowych pobudzać je do tem silniejszego wydzielania. Wtedy łatwo może przyjść do zupełnego zatkania przewodu zewnętrznego a w jego następstwie do upośledzenia słuchu, szumu, zawrotu głowy i innych objawów. Wcale nierzadko zdarzają się także przypadki długotrwałego pozostawania ciał obcych w przewodzie słuchowym, nie wywołującego żadnych zgoła przypadów. Zresztą sprawa ciał obcych w uchu aż nadto jest znaną i dość często i w naszem piśmiennictwie omawianą (Guranowski i inni). Nie wdając się więc dalej w rozstrząsanie tego przedmiotu, chcę się tylko zastanowić nad dotychczas nie dość znaną i ocenioną okolicznością, iż dla wielu przypadów nerwowych należy szukać przyczyny w uchu zewnętrznem, okoliczności nader doniosłego znaczenia tak pod względem rozpoznawczym, jakoteż leczniczym.

Prócz bowiem objawów miejscowych, jak swędzenie, krwawienie i boleści zaburzenia, przez ciało obce w uchu zewnętrznem drogą odruchową wywołane mogą być ruchowe, czuciowe, psychiczne, naczynioruchowe i odżywcze, słowem mogą się tyczyć wszystkich czynności nerwowych ustroju ludzkiego.

Najczęściej objawy te zależne są od zadraźnienia gałązki usznej nerwu błędnego (*ramus auricularis nervi vagi*), przebiegającej przez przewód słuchowy. Jest to dość pospolite zjawisko, że najlżejsze poruszenie lub dotknięcie przewodu słuchowego zewnętrznego sprawia wybitne łechtanie lub drapanie w gardle, czasami i kaszel. U osób do tego skłonnych samo wprowadzenie lejka usznego zrządza uporczywy kaszel, który trwa przez cały czas pozostawania lejka w przewodzie zewnętrznym a ustaje dopiero po jego wyjęciu tak, że badanie ucha może stać się przez to wcale trudnem. Wielu ludzi dostaje napadów kaszlu, jak wiadomo, przy drapaniu lub czyszczeniu sobie ucha. Guder [6]) przeprowadził doświadczenia na 200 osobach i znalazł, że u 42 z nich draźnienie przewodu słuchowego zewnętrznego wziernikiem lub tępym haczykiem wywoływało napady kaszlu. Campared usunął taki kaszel odruchowy przez wyjęcie małej muszelki, która w kąpieli morskiej wpadła do ucha. Jakins uwolnił osobę, wszystkie podmiotowe objawy suchot przedstawiającą od kaszlu przez wydobycie znacznej ilości woskowiny z ucha. Arnold znalazł u chorej jako przyczynę długotrwałego kaszlu z częstymi wymiotami, dwa ziarna bobu w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Po ich wydaleniu nastąpiło zupełne wyleczenie. W przypadku Toynbeego ustał uporczywy kaszel po usunięciu martwiaka z ucha zewnętrznego. Podobny przypadek widział Politzer. U osób draźliwych kaszel taki może sprowadzać wymioty albo może nabrać takich rozmiarów, że zachodzi obawa o następowe zajęcie płuc. Theobald [7]) przytacza przypadek ciężkiego, męczącego

[1]) Eitelberg: Wien. med. Presse. 1886.
[2]) Eitelberg: Wien. med. Presse. 1892. Nr. 6.
[3]) Bayer: Deutsche med. Wochenschr. 1891.
[4]) Eitelberg: Ztschrft. f. Ohrenh. XII.
[5]) Urbantschitsch. Pflüger's Archiv f. Physiologie T. XXX. i Archiv f. Ohrenk. T. XXXV.

[6]) Guder: Contribution a l'étude de la toux reflexe en particulier de la toux auriculaire. Revue de laryngologie 1891. Nr. 6. (ref. w *Nowin. lek.* 1894.
[7]) Theobald: Transactions of the american otological Society. XXVI. annual meednig. Archiv f. Ohrenheilkunde XXXVIII.

kaszlu, utrudniającego w wysokim stopniu połykanie a trwale wyleczonego po usunięciu miernej wielkości czopka woskowiny, do błony bębenkowej przylegającego. W dyskusyi wspomina Randall o podobnym przypadku (wychudnienie, utrudnienie połykania, kaszel), który wzbudził podejrzenie suchot. W jednym przypadku nadzwyczaj podwyższonej pobudliwości odruchowej błony śluzowej nosa i skóry przewodu usznego zewnętrznego wprowadzenie lejka usznego wywoływało kaszel kurczowy, kurcz głośni z prawie całkowitą afonią [7].

W razie ciał obcych w uchu zewnętrznem, mogą również na drodze odruchowej powstawać wymioty i omdlenia. Każdy otyatra miał sposobność obserwowania częstego zawrotu głowy i mdłości, przez przestrzykiwanie ucha wywołanych. W innych przypadkach stały zawrot głowy a czasem także zaburzenia równowagi ustąpiły po usunięciu woskowiny z ucha. Czaig [8]) podaje przypadek porażenia nerwu twarzowego, wyleczonego po wydaleniu czopka woskowiny z ucha. Buzzard [9]) widział kurcz toniczny powiek *(blepharospasmus)*, inny kurcz kloniczny *(spasmus nictitans)* z tej samej przyczyny. Dalej podali przypadki padaczki Küpper [10]), Bayer i inni. W przypadku Schuriga [11]) wydobycie kamyka z przewodu słuchowego zewnętrznego wywołało u epileptyka napad padaczki, który później więcej się nie powtórzył. Toynbee [12]), Jones [13]) i Hillairet [14]) wspominają o przypadkach porażenia połowiczego i takichże drgawek, Itard [15]) o przypadku kurczowego utrudnienia połykania z tej przyczyny. W jednym przypadku [16]) owady w przewodzie zewnętrznym wywołały kurcze padaczkowe i porażenie połowicze z wymiotami. Po usunięciu pasorzytów wymioty ustały natychmiast, kurcze stały się coraz rzadszymi i porażenie również znikło po 6 tygodniach. Znane są przypadki kichania napadowego, gwałtownego bicia serca, skurczeń i porażeń różnych, w ten sposób powstałych.

Herzog [17]) podaje przypadek 32-letniej kobiety cierpiącej na uczucie ciągnienia w głowie i karku, uczucie zawrotu głowy i strachu, niepewny chód, palpitacye serca i parcie na mocz i na stolec. Jako źródło wszystkich tych objawów wykazano czopek woskowinowy, będący przyczyną odruchu sercowego (*Cardialreflex*), po którego usunięciu objawy tę ustały. Między przyczynami, które zdołają wywołać u dzieci spasmy, napady eklamptyczne, należą także obce ciała w przewodzie ucha zewnętrznego.

Jako przypady zwrotne czuciowe znane są różne zboczenia czucia, jak hiperalgezye, analgezye, anestezya i nerwobóle w rozmaitych miejscach ciała i zboczenia w smaku. Araenzel [18]) wspomina przypadek trwającego przez długie lata bólu głowy, który znikł po usunięciu pestki od wiśni z przewodu. Bóle w uchu skutkiem woskowiny mogą być bardzo mocne i rozszerzać się na całą głowę a nawet na odległe części ciała. Habermann [19]) obserwował w trzech przypadkach długi czas trwający ból głowy i nerwoból nerwu troistego. W przypadku Bourgougnona [20]) wystąpiły u 4 letniego dziecka nagle groźne objawy zapalenia opon mózgowych. Dziecko z trudnością obudzone ze snu narzekało na boleści w uchu. Znaleziono w przewodzie zewnętrznym kłębek papieru, po którego wyjęciu znikły wszystkie wspomniane objawy.

Fasano [21]) opisał przypadek dychawicy. Urbantschitsch [22]) obserwował niemłodego mężczyznę, który ile razy dla przykrego świerzbienia dłubał sobie w uchu, dostawał podniecenia płciowego, które dochodziło do upływu nasienia.

Jako zboczenia troficzne wspomina Bayer [23]) zanik ramienia po stronie ucha, w którem znajdowało się ciało obce. Fabricius wyleczył chorą cierpiącą na padaczkę, nieczułość całej połowy ciała i zanik lewego ramienia przez wydobycie kulki szklanej, od 8 lat w przewodzie usznym przebywającej. Power [24]) donosi o przypadku dwa lata trwającego ślinotoku, wyleczonego po wyjęciu tamponu z przewodu zewnętrznego. Jeden z chorych Urbantschitscha doznawał zawsze bardzo przykrej suchości w gardle, ile razy tamponował sobie ucho. Israel [25]) obserwował przypadek nerwicy zwrotnej, naczynioruchowej, objawiającej się dreszczami i podniesieniem temperatury ciała do 41° C. z powodu nasadki kościanej z ołówka w uchu zewnętrznem.

Że również zdolności umysłowe mogą zostać zakłócone drogą odruchową wskutek obcego ciała w uchu, dowodzi przypadek Browna [26]), tyczący się chłopca, który po wyjęciu 28 kamyków z przewodu usznego doznał uderzającego, znakomitego polepszenia się zdolności do nauki. Urbantschitsch [27]), Roosa i Ely przytaczają także przypadki dowodzące wpływu ciał obcych w uchu na sferę intellektualną. Rischawy [28]) widział u chorego 35-letniego nieprzytomność i czasowo występujące kurcze, które zupełnie i trwale ustąpiły dopiero w 3-cim dniu po wydaleniu czopka woskowinowego z przewodu słuchowego zewnętrznego przez wystrzyknięcie. Hecke [29]) obserwował chorego z dużym czopkiem woskowinowym w uchu zewnętrznem, który wśród gwałtownego szumu w uchu przewrócił się nieprzytomny. Po usunięciu czopka odzyskał przytomność i napad więcej się nie powtórzył a szum ustąpił rychło. Gradenigo [30]) przytacza chorego z woskowiną w uchu, który przy prostem zetknięciu się swego ucha z wodą doznawał ciężkich objawów nerwowych tak, że musiano uciec się do narzędzi w celu wydobycia czopka z ucha. Na IV. zjeździe otologicznym międzynarodowym r. 1888. podał Cozzolino dwa przypadki z omami słuchowemi, wywołanemi w jednym przypadku przez woskowinę w uchu, w drugim przez zapalenie ucha środkowego sprowadzonego przez mocne pocałowanie w ujście przewodu słuchowego zewnętrznego.

[7]) Gellé: Annales des maladies de l'oreille et du larynx.
[8]) Czaig: Canstatt's Jahresbericht 1869.
[9]) Buzzard: Petersb. med. Wochenschrift 1879.
[10]) Küpper: Archiv f. Ohrenheilkunde XX.
[11]) Schurig: Archiv f. Ohrenheikunde XIV.
[12]) Toynbee: Ohrenheilkunde s. 44.
[13]) Jones: Schmidt's Jahrbücher 1864.
[14]) Hillairet: Gazette des hôpitaux 1860.
[15]) Itard: Maladies de l'oreille 1821.
[16]) Schmidt's Jahrbücher 1863. T. 117.
[17]) Herzog: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1889.
[18]) Araenzel Schmidt's Jahrbücher. 1836.
[19]) Habermann. Archiv f. Ohrenheilkunde T. XVIII.
[20]) Bourgougnon. Gazette des hôpitaux. 1888.
[21]) Fasano. Archiv intern. di otologia. Neapoli. 1885.
[22]) Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde.
[23]) Bayer. Archiv f. Augen- u. Ohrenheilkunde. 1875.
[24]) Power l. c. 11.
[25]) Israel. Berlin. klin. Wochenschrift. 1876.
[26]) Brown. Archiv f. Augen- u. Ohrenheilkunde. T. III. Z. 2.
[27]) Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde.
[28]) Rischawy. Bericht der Wiedener Krankenh. 1880.
[29]) Hecke. Bericht über die in meiner Klinik zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle u. ausgeführten Operationen. Archiv f. Ohrenheilkunde. T. XXX.
Gradenigo. Archiv f. Ohrenheilkunde. T. XXXI.

Gdy mimo skrzętnego szukania nie udało mi się znaleść w dostępnej mi literaturze przypadku kurczu głośni z powodu ciała obcego w uchu, sądzę, że nie od rzeczy będzie przypadek taki przeze mnie obserwowany opisać tu w krótkości.

Chora M. N., 12 letnia dziewczynka zgłosiła się do mnie dnia 24. Kwietnia 1892 r. z matką, która opowiada co następuje: Przed laty 9 córka jej była przez 3 miesiące niebezpiecznie chorą. Przed 6 laty włożyła sobie do prawego ucha kawałeczek papieru, którego żadnemu lekarzowi nie udało się wydobyć. Od tego czasu słyszy źle i cierpi od czasu do czasu na ból głowy. Przed 8 miesiącami chora jej córka miała dostać w nocy pierwszego napadu, którego nikt oprócz chorej nie dostrzegł i o którym ona opowiedziała dopiero na drugi dzień. W następnej nocy zaraz po uśnięciu obudziła się chora z wielkim strachem, twarzą wykrzywioną, bladą, sinawą, głową ku prawej stronie wykręconą i znaczną dusznością, usiadła na łóżku i przez jakiś czas została zupełnie bez tchu, później oddychała ciężko i głośno widocznie z wielkiem nasileniem Mówić nie była w stanie. Cały napad trwał kilka minut. Wśród nacierania i skrapiania zimną wodą odzyskała zaraz wolny oddech i mowę. Po uspokojeniu się opowiedziała, że podczas napadu czuła duszenie, jakby zadzierzgnięcie w szyi i ciężkość na piersiach. Od tego czasu napad podobny występował regularnie co dwa miesiące przez dwie nocy z rzędu, w jednej po drugiej, za każdym razem zaraz po uśnięciu; raz tylko napad ten wystąpił we dnie. Gdy mianowicie przed dwoma miesiącami raz położyła się spać po obiedzie, ledwie usnęła, zerwała się, usiadła z wyrazem trwogi i przebyła napad podobny do wyżej opisanego. Ostatnie napady były 21., 22. i 23. Kwietnia, zawsze w nocy po uśnięciu. Leczenie elektrycznością i przetworami bromowymi dotychczas pozostało bez skutku.

S t a n o b e c n y. Chora blada, źle odżywiona, budowy wątłej, chery limfatycznej. W okolicy szczęki dolnej prawej dwie blizny z przebytych tam przed trzema laty ropni. Krzywicy nie miała. Zresztą chora nic nieprawidłowego nie przedstawia. Ojciec chorej cierpi na wadę sercową, starszy jej brat na naciek przewlekły szczytów płucnych.

Ze względu na niedosłyszenie i właściwy szczegół wywiadów badałem ucho prawe chorej, gdzie znalazłem w przewodzie usznym zewnętrznym czopek woskowinowy zwykłego wejrzenia. Po jego wydobyciu znaczne polepszenie słuchu. Przez nieostrożność czopek wraz z wodą wylano tak, że ku mojemu niezadowoleniu nie miałem sposobności zbadać go bliżej.

Od tego czasu napad kurczu głośni raz jeszcze wystąpił i to po dwóch miesiącach i o wiele słabszy i krótszy i więcej się nie pojawił.

Sądzę, że z opisu matki należy przypuścić, że jej córka miała napady kurczu głośni i gdy dawniej mimo leczenia innymi sposobami choroba nie ustępywała a po wyjęciu czopka napady mimo zaniechania dalszego leczenia ustały zupełnie, należy *ex juvantibus* wnosić, że właśnie ten czopek, który prawdopodobnie zawierał w sobie ów kawałeczek papieru przed 6 laty do ucha włożony, był przyczyną tych napadów, wywołanych drogą odruchową przez drażnienie gałązki usznej nerwu błędnego, tylną ścianę przewodu usznego zewnętrznego zaopatrującej. Za pośrednictwem początku ośrodkowego tego nerwu podrażnienie to przeniosło się drogą odruchową do górnej gałązki krtaniowej tego nerwu (*nervus laryngeus superior*), głośnię zaopatrującej i sprowadzało w ten sposób jej kurcz co dwa miesiące, t. j. czas, którego owo podrażnienie nerwowe potrzebowało, aby wywołać ten skutek.

Widzieliśmy z powyższego, jak rozliczne i różnorodne mogą być nerwice, przez obce ciała w uchu zewnętrznem wywołane; wykazaliśmy, jak nieraz powiodło się ciężkie objawy, dokuczliwe i groźne cierpienia, które przez lata opierały się wszelkiemu leczeniu, jednym zamachem usunąć za pomocą lekkiego, nieznacznego zabiegu przez wydobycie obcego ciała z ucha. Doświadczenie poucza, że najrozmaitsze objawy nerwowe, jak dolegliwy ból głowy, kaszel i wiele innych, których przyczyny szukano we właściwych nerwach i ośrodkach, miały swój początek w uchu i ustępowały rychło za odpowiedniem leczeniem, okoliczność dotychczas za mało jeszcze uwzględniona. Ba nawet niejeden epileptyk wyzdrowiał po uwolnieniu jego trąbki Eust. lub przewodu usznego zewnętrznego, patologicznie zamkniętych.

Z tego wynika, jak ważnem jest w podobnych cierpieniach nigdy badania ucha nie zaniechać i że zawsze należy na przewód słuchowy więcej zwracać uwagi, niż się to dotychczas dzieje. Nawet tam, gdzie niema żadnych objawów na zajęcie narządu słuchowego wskazujących, dokładne jego badanie jest potrzebne. Newrolodzy i otyatrzy powinni wspólnie więcej baczyć na związek zboczeń narządu słuchowego z nerwicami a przez ścisłą obserwacyą i ogłaszanie odpowiednich przypadków przyczyniać się do wyjaśnienia tej kwestyi i do uprawienia tego żyznego a jeszcze ugorem leżącego pola.

Pouczają liczne postrzeżenia, że takie ciała obce mogą w uchu pozostawać nawet bardzo długo, nie wywołując żadnych objawów podmiotowych. Politzer wydobył z ucha zewnętrznego ciało obce, które tam pozostawało 50 lat. Inni znaleźli tamże ciała, które tam przebywały przez 45, 42 i t. p. lat bez objawów mimo, że po części były to ciała twarde i nierówne, jak kostki, pestki, zęby, kamyki i t. p. Ja znalazłem raz przypadkowo i wydobyłem długi na $^1/_2$ cm. kawałeczek grafitu z ołówka w woskowinie, który w uchu bez wiedzy chorego przebywał 7 lat.

Ze dość często ciała obce i woskowina a nawet także ciała, które przewód zewnętrzny zatykały zupełnie, tam przebywały i to nieraz bardzo długo, zupełnie bez objawów miejscowych i odległych odruchowych, zdaje się, przemawia albo za tem, że innerwacya przewodu słuchowego u różnych osobników musi być różną albo za zdaniem Rossbacha, że tylko ci ludzie popadają w różne nerwice odruchowe w chorobach ucha, nosa lub innych narządów, których ośrodki i drogi odruchowe są już *a priori* do tego usposobione.

Obce ciała w uchu zewnętrznem, które stanowią przyczynę ważnych nerwic zwrotnych i które w inny sposób wyeliminować się nie dają, usprawiedliwiają zabieg operacyjny w celu ich usunięcia.

II. Zaburzenia nerwowe w skutek wadliwości refrakcyi oczu.

Podał

Dr. J. Strzemiński (z Wilna).

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

W tym przypadku krótkowidz musi przedmiot rozpatrywany trzymać blisko oka, w skutek czego, dla zachowania widzenia obuocznego, osie oczne kierują się bardzo zbieżnie.

Przy dłuższem trwaniu tego stanu mięśnie proste wewnętrzne, pracujące nadmiernie, słabną (*exophoria*) i w dalszym ciągu wytwarzają zez rozbieżny. Zbieżność mięśni wewnętrznych rozciąga mięśnie zewnętrzne, które w skutek tego naciskają zewnętrzną część gałki ocznej, przypłaszczają ją, wywołują zastój krwi i rozciągają zewnętrzną część pochwy nerwu wzrokowego i sąsiedniej części twardówki (badania Hasnera i Emmerta), co znów jest przyczyną powstania garbiaka tylnego (*staphyloma posticum*). Równocześnie słabnie mięsień rzęskowy wskutek przekrwienia wewnętrznych części oka i nienormalnego naprężenia, zależnego od wielkiej zbieżności. Wszystko to razem wywołuje zmęczenie oczu, uczucie ciśnienia w oku i ból głowy po robocie w bliskiej odległości. Objawy te występują w wyższym stopniu w niezborności niedomiarowej.

Aby zapobiedz szkodliwym skutkom, należy krótkowidzom za pomocą odpowiednich okularów umożliwić czytanie w odległości 25—30 cm. Przy osłabieniu mięśni prostych wewnętrznych trzeba dodać szkła pryzmatyczne do wklęsłych (lub wklęsło-walcowych) a gdy jest to niedostatecznem dla wytworzenia widzenia obuocznego, zrobić tenotomię.

W oczach miarowych bóle głowy mogą wystąpić przy starowzroczności. Soczewka twardnieje i wskutek tego staje się mniej zdatną do zmiany krzywizny pod wpływem mięśnia rzęskowego, który musi usilniej pracować i w końcu słabnie, wytwarzając astenopię akomodacyjną ze wszystkiemi jej następstwami.

Literatura nerwic ocznych odruchowych jest dość obszerna. O niezborności wzroku pisał wiele Martin. Uważa on każdą migrenę za skutek tego zboczenia a przyczynę usposabiającą widzi w dnie[4]). Jest tu widoczna przesada, tłómacząca się wyłącznością, z jaką Martin oddawał się badaniom nad niezbornością.

Marlow[5]) znalazł bóle głowy w 160 przypadkach na 215 niemiarowości oczu (79%), najczęściej w niezborności i to głównie nadmiarowej.

Adelheim na IV-tym zjeździe lekarzy rosyjskich w Moskwie, w Styczniu r. 1891. miał odczyt o przypadkach, spostrzeganych w ciągu 3 lat ostatnich, w których zboczenia refrakcyi wywołały ogólne podrażnienie, bóle i zawroty głowy, migrenę, drgawki mięśni twarzowych i t. d., co wszystko bezskutecznie było leczone a ustąpiło w zupełności za użyciem okularów.

Hewetson[6]) widział w wadliwościach refrakcyi bóle i zawroty głowy, wymioty, bicie serca, niestrawność i bezsenność.

Norton[7]) i Chisolm[8]) radzą zobojętniać najsłabsze stopnie niezborności wzroku, twierdząc, że widzieli przypadki, w których 0·25 D. wywoływało nerwicę, ustępującą przy używaniu okularów. Zważywszy, że ten stopień niezborności nie przechodzi granic fizyologicznych, skłonny jestem przypuścić, że zaburzenie było raczej skutkiem histeryi lub innej jakiejś przyczyny i ustąpiło pod działaniem sugestyi w postaci szkieł.

Callan[9]) dowodzi, że zboczenie refrakcyi stanowi 75% wszystkich przypadków bólu głowy i migreny.

Gould[10]) na 1500 przypadków niemiarowości, spostrzegał w 75% bóle głowy, przestrach nocny, mimowolne moczenie i t. p.

Covert[11]) usunął drgawki u siedmioletniego dziecka i napady histeryczno-padaczkowe u nerwowej kobiety zobojętnieniem niemiarowości oczu.

Podobne przypadki opisali także Higgins[12]), Bickerton[13]), Parinaud[14]), Culver[15]), White[16]), Dodd[17]).

Herron[18]) widział napady czchania, zjawiające się podczas czytania i trwające bardzo długo (przy braku zboczeń w nosie i gardzieli), które ustąpiły wskutek używania okularów (jedno oko było nadmiarowe, w drugiem niezborność nadmiarowa).

Niektórzy pisarze amerykańscy przesadzili złe skutki zboczeń refrakcyi. Odnosi się to szczególnie do Mittendorfa[19]), przeciw któremu powstał Lamhofer[20]), jego sprawozdawca w *Schmidts Jahrbücher* i do Stevensa. Odczyt tego ostatniego w Towarzystwie neurologicznem w Nowym Jorku skłonił Towarzystwo do wyznaczenia komisyi z neurologów i okulistów dla sprawdzenia twierdzeń Stevensa. Komisya ta po półtorarocznej pracy, odrzuciła je w znacznej części[21]).

Dla uniknięcia przesady i omyłek należy pamiętać, że nerwice podobne do ocznych mogą powstawać z innych przyczyn, mianowicie chorób nerwowych i chorób wycieńczających, po których osłabienie ogólne mięśni udziela się także mięśniom ocznym, skutkiem czego cierpi akomodacya i zbieżność osi ocznych.

Berger[22]) opisał przypadek, w którym młodzieniec z niezbornością nadmiarową, uskarżał się na ból głowy; okulary zalecone mało mu pomogły. Za powtórnem, szczegółowszem badaniem znalazł Berger objawy histeryi: ścieśnienie pola widzenia koncentryczne, znieczulenie spojówki i zboczenie w rozpoznawaniu barw, mianowicie pole dla barwy niebieskiej było mniejsze, niż dla czerwonej. Parinaud[23])

---

[4]) De la migraine. (Bull. de la Soc. franc. d'ophtalm., 1884., p. 144).

[5]) The relative importance of different forms of refraction and muscular error in the causation of headache. (The Ophthalmie Review, Decemb. 1889).

[6]) The Lancet. Novemb. 27. 1886. General neyrose hading an ophthalmic origin. (Brit. Med. Journ. nov. 10, 1888).

[7]) The Americ. Journal of Ophthalmology, sept., oct. 1887.

[8]) The Americ. Journal of Ophthalmology, june 1891.

[9]) Migraine and functional headaches from eye-strain. (Journ. americ. med. Assoc., march 28, 1891, sprawozdanie w Michel's Jahresbericht f. das Jahr 1891, s. 41[illegible]).

[10]) The statistics and lessons of fifteen hundred cases of refractions (Journ. americ. Assoc., Sprawozdanie w Michel's Jahresbericht 1891).

[11]) Clinical eye cases (The Journal of Ophthalmology, Otol. and Laryng. April 1890).

[12]) Ocular headache (Brit. Med. Journ. june 9, 1883).

[13]) On headache, due to errors of the refractive media of the eye (Liverpool Med. Chirurg. Journ., jannary 1887).

[14]) Des céphalalgies oculaires (Recueil d'Ophtalmologic, novem. 1887)

[15]) Ocular headache (The Americ. Journ. of Ophthalmologie. june 1889).

[16]) Refraction and muscular delfect in connection with asthe, nopia and headache (Trans. med. Soc. of Virgin. 1890, sprawozdanie w Michel's Jahresbericht 1891).

[17]) Posiedzenie wielkobrytańskiego Towarz. Oftalmologicznego, 19. Października 1893.

[18]) On a case of sneezing. (The Ophthalmic Record, januay 1893).

[19]) New Jork medic Record, july 18, 1891.

[20]) Schmidt's Jahrb. 1892. 1. s. 66.

[21]) Journal of nerv. and ment. dis. N. s. XIV, novemb. 1889. (sprawozdanie w Schmidt's Jahrb.).

[22]) Archives d'Ophtalmologie, 1895, Nr. 6, p. 362.

[23]) Recueil d'Ophthalmologie, Nov. 1887, s. 667.

spostrzegał chorego, również młodego mężczyznę, któremu silne bóle nadoczne nie pozwalały czytać. Badanie wykazało miarowość oka i objawy histeryi.

Konieczną jest więc rzeczą każdy przypadek starannie zbadać dla wyjaśnienia, o ile zaburzenie zależy od niemiarowości oka a o ile od innej przyczyny. W odróżnianiu od innych chorób pamiętać należy najwięcej o histeryi i neurastenii.

Bóle głowy histeryczne albo powstają wyłącznie przy robocie w bliskiej odległości, albo też trwają stale i wzmagają się tylko przy naprężeniu oczu. Spostrzega się w histeryi kurcz i porażenie mięśni rzęskowego i prostych, światłowstręt wskutek nadczułości siatkówki i t. p., co wszystko razem daje pozory choroby ocznej. Histerya jednak objawia się ze strony oczu przypadami o tyle charakterystycznymi, że omylić się można tylko przy powierzchownem badaniu. Znajdujemy prawie zawsze ścieśnienie pola widzenia koncentryczne, czasem zmieniające się podczas badania co do granic; często zboczenie w rozpoznawaniu barw: chory przestaje naprzód widzieć barwę fiołkową, potem żółtą i inne a najdłużej zachowuje poczucie barwy czerwonej. Czasem ślepota na barwy bywa napadową, albo też przybiera postać, opisaną w przypadku Bergera. Spostrzega się też częściowe lub zupełne znieczulenie rogówki i spojówki, podwójne lub wielorakie widzenie jednooczne i t. p.

W neurastenii bóle głowy odczuwają się jako ściskanie *(casque neuro-asthénique Charcota)*. Praca oczu, zwłaszcza gdy dłużej trwa, wywołuje ból głowy, nie różniący się od zjawiającego się w podobnych okolicznościach u nadmiarowych. Pole widzenia dla barw często ścieśnione, spostrzega się czasem ślepotę na barwę zieloną. Znajdujemy osłabienie mięśni prostych wewnętrznych (wskutek ogólnego rostroju nerwowego), niedowład mięśnia rzęskowego, często niedomykalność powiek i zwrot oczu ku górze (objaw Rosenbacha).

Liczne są przypadki, w których zaburzenie nerwowe wywołane jest jednocześnie przez zboczenie refrakcyi i inną jaką przyczynę (choroby nerwowe wycieńczające). Zespolenie to pogarsza cierpienie chorego. Nadmiarowy neurastenik, albo histeryk gorzej się czuje od miarowego neurastenika i histeryka.

Leczenie powinno uwzględnić obie przyczyny a do tego należy w każdym tego rodzaju przypadku zbadać oczy.

Do form mięszanych należą bóle głowy w okresie wzrostu. Między 12. i 18. rokiem, częściej u chłopców, rzadziej u dziewcząt, zjawiają się przy pracy oczu bóle i zawroty głowy i inne zaburzenia nerwowe. Zdarza się to wprawdzie przy prawidłowej refrakcyi, najczęściej jednak składają się na wywołanie dolegliwości niemiarowość oczu i rozstrój nerwowy wskutek życia siedzącego i wysilania umysłu.

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomia patologiczna.

R. Volkmann: **O śródbłoniakach.**

Zamięszanie, jakie pomimo licznych badań istnieje w kwestyi klasyfikacyi nowotworów, ma zdaniem autora źródło swoje w tem, iż za zasadę podziału przyjęto kształty i wzajemny stosunek komórek a zatem budowę morfologiczną, nie zaś historyą rozwoju nowotworów, ich histogenezę. Mianowicie nie pociągnięto ścisłej granicy między guzami nabłonkowymi a łącznotkankowymi. Wiadoma jednak rzecz, że w pewnych razach komórki nabłonkowe mogą przybrać kształt łącznotkankowych i naodwrót tak, że niejednokrotnie odróżnienie mięsaka od raka pod względem morfologicznym sprawia niemałe trudności. W znacznym stopniu dzieje się to w ocenianiu nowotworów śródbłonkowych, które dotychczas w podręcznikach anatomii patologicznej po macoszemu były traktowane. Autor na podstawie całego szeregu sumiennych badań skreśla dokładną monografię tych guzów, opierając się na ich histogenezie.

Śródbłoniaki są nowotworami łącznotkankowymi i pomimo podobieństwa do raków nic z nimi wspólnego nie mają; stanowią jednak oddzielną grupę, ponieważ śródbłonek jest rodzajem komórek i morfologicznie i czynnościowo dokładnie odróżnionym, chociaż genetycznie spokrewnionym z komórkami tkanki łącznej. Wszystkie tedy guzy, polegające na atypowem bujaniu płaskich komórek śródbłonkowych, wyścielających przestwory międzytkankowe (chłonne), błony surowicze, wnętrze naczyń chłonnych i krwionośnych zbiera autor w jednę grupę, nazywając je śródbłoniakami (*endotheliomata*). Morfologicznie są one nieraz podobne do raków lub mięsaków, ale jeżeli się dokładnie przegląda preparaty i bada się kilka okolic tego samego guza, to zawsze można wykazać, czy punktem wyjścia nowotworu jest śródbłonek, czy inna tkanka. Zalicza tedy autor do śródbłoniaków: 1) te guzy, które wyraźnie mają charakter śródbłonkowy i z śródbłonka wyraźnie biorą początek, 2) te, których punktu wyjścia wykazać nie można, ale które wzrastają przez bujanie śródbłonka, 3) wreszcie te guzy, których ani genezy ani sposobu bujania wykazać nie można, ale które są zbudowane tak, jak śródbłoniaki. W tym ostatnim przypadku trzeba się istotnie ograniczyć do morfologicznego badania. Rozróżniamy trzy rodzaje śródbłonka: 1) wyścielający szpary limfatyczne w tkance łącznej, 2) śródbłonek naczyń limfatycznych i krwionośnych, 3) śródbłonek błon surowiczych (błony maziowe stawów nie mają śródbłonka (Braun). Każdy z tych rodzajów tworzy nowotwory, zazwyczaj jednak kombinują się wszystkie te odmiany w jednym guzie.

Przechodząc do opisu budowy śródbłoniaków, autor traktuje oddzielnie elementa komórkowe, podłoże łącznotkankowe i naczynia.

A. Elementa komórkowe. Charakterystycznem dla śródbłoniaków jest ułożenie komórek w pasma i mieszki, co im nadaje podobieństwo do raków. Początki bujania najlepiej obserwować można w szparach limfatycznych wśród tkanki włóknistej. Szpary te w stanie prawidłowym wysłane są płaskiemi komórkami o podłużnem jądrze i bardzo skąpej pierwoszczy. W razie bujania natomiast widzimy, że jądra grubieją, pierwoszcze mocniej się barwi, następuje żywy podział komórek i tworzy się pasmo komórek, wypełniających cały przestwór. W miarę dalszego wzrostu komórki w skutek wzajemnego ucisku przybierają najrozmaitsze kształty i często dają obraz łudząco podobny do raka. Tu jednak rozstrzyga zachowanie się otaczającej tkanki łącznej. Podczas gdy ogniska rakowe od tkanki łącznej zawsze są odgraniczone warstwą komórek śródbłonkowych, w śródbłoniakach komórki, które właśnie wyszły z komórek śródbłonkowych, przylegają do tkanki łącznej bezpośrednio.

Bujanie takie odbywa się nietylko wśród prawidłowej tkanki włóknistej, ale bierze także początek z komórek tkanki śluzakowej i chrząstkowej i nowotwór z elementów tych tkanek powstały jest także śródbłoniakiem, albowiem komórka śluzakowa lub chrząstkowa różni się od śródbłonka tylko odmiennością substancyi międzykomórkowej, genetycznie jednak są to komórki identyczne. Zdaniem autora, komórka śródbłonkowa wyróżniona zachowuje zdolność tworzenia śródbłoniaków nawet wtedy, gdy straciła swój właściwy charakter i zamieniła się w komórkę tkanki granulacyjnej, śluzakowej lub chrzęstnej. Bujanie w tkance śluzakowej przedstawia się podobnie, jak w tkance włóknistej. Komórki gru-

bieją, wypustki obrzmiewają, poczem następuje żywe dzielenie się jąder i tworzenie się pasm komórkowych odpowiednio do wypustek. Podobnie rzecz się ma i w tkance chrzęstnej, mianowicie komórki chrzęstne w częściach obwodowych guza, bliżej naczyń kwionośnych leżace zamieniają się w komórki śródbłonkowe przez rozpuszczenie substancyi międzykomórkowej i otoczek. Że tak się rzecz ma, autor udowadnia swoimi preparatami i w długiej polemice zbija przeciwne zdanie Clementza, Hoffmana i innych.

Kształty komórek oddzielnych są najrozmaitsze. Pasma i mieszki zawierają zwykle komórki o charakterze nabłonkowym. W miarę wzrastania guza, komórki przybierają kształt wrzecionowaty lub okragły, przez co guz staje się podobnym do mięsaka.

W śródbłoniakach uderza skłonność do rozmaitych zwyrodnień. Najczęściej spotykamy kule, w których komórki są cebulasto ułożone, podobnie jak w ciałkach Waldeyera. W środku każdej takiej kuli jest szklista bryła, kształtu nieregularnego, czasem promienisto prążkowana, barwiąca się podobnie jak kolloid. Innym razem spotykamy t. zw. zwyrodnienie szkliste. W komórkach tworzą się kulki silnie światło łamiące, które wypychają jądro ku obwodowi; wreszcie jądro znika, kulki zlewają się w jednę bryłę bezpostacią. Komórki sąsiednie układają się podobnie jak nabłonek gruczołowy i czasem przybierają kształt cylindryczny. Innym rodzajem zwyrodnienia jest pewnego rodzaju wydzielina komórek. W komórkach tworzą się jasne kulki, coraz liczniejsze; wreszcie komórka pęka, kulka wychodzi, ale pierwoszcze i jądro utrzymują się dalej. Kulki takie z rozmaitych komórek spływają w jedno i barwią się podobnie jak śluz. Jeżeli taka sprawa odbywa się w całym szeregu komórek, wtedy powstają torbiele większe lub mniejsze.

W jaki sposób powstają mieszki? Światło ich tworzy się albo przez zastój limfy, która rozpycha szeregi komórek, albo w ten sposób, że komórki bez widocznej przyczyny układają się wieńcowato naokoło pewnej osi. Tworzy się w ten sposób jama, do której wydalane zostają produkta zwyrodnienia. Obraz wtedy podobny jest do *adenoma destruens recti*: różnica w tem, że brak tu *membrana propria* i że nie ma ścisłej granicy między komórkami nowotworu a otaczającą tkanką łączna.

W dalej posuniętych przypadkach nie widzimy pasm ani mieszków, tylko masę komórkową, prawie bez śladu tkanki łącznej, zawierającą tylko naczynia. Naczynia te, jak wykazał Billroth, są nowo wytworzone i wrastają pomiędzy komórki. Przez to tworzy się budowa zrazikowa, podobnie jak w *sarcoma alveolare*. Autor przypuszcza, że znaczną część tych właśnie guzów zaliczyć należy do śródbłoniaków.

Śródbłonek naczyń limfatycznych nigdy samoistnie nie buja, bierze jednak udział w bujaniu, czynny i bierny: czynny, jeżeli ze szpar limfatycznych *per continnitatem* bujanie przenosi się i na naczynia, przyczem przychodzi do zarośnięcia naczyń, albo do ich rozszerzenia. Bierny o tyle, o ile czopki nowotworu wrastają w naczynie limfatyczne. Śródbłonek błon surowiczych również tylko w połączeniu z śródbłonkiem szczelin sokowych składa się na utworzenie guza. Najrzedziej wydarzają się guzy, początek biorące z śródbłonka naczyń krwionośnych i zazwyczaj bujają tylko komórki *adventitiae* i *perithelium*.

Ciekawą jest okoliczność, że w komórkach nowotworow śródbłonkowych znajduje się glikogen. Rzedziej znachodzimy zwapnienie komórek (w guzach opon mózgowych); zazwyczaj tylko w miejscach zwyrodniałych.

B. Podłoże łacznotkankowe i jego zmiany. To zazwyczaj bywa zwyrodniałe i to: śluzakowo, chrzastkowo, lub szklisto. Ponieważ budowa nowotworu zależy głównie od ułożenia tkanki łacznej, przeto można odróżnić kilka typów: 1) typ płaskiego śródbłoniaka błon surowiczych. gdzie w szczelinach między włóknami tkanki łącznej leżą pasma komórek, w tkance zaś łącznej nieliczne naczynia; 2) guzy grzybiaste, gdzie tkanka łączna tworzy rdzeń z drzewiastemi rozgałęzieniami a naokoło i wśród niej bujają komórki. Te guzy znajdują się najczęściej w skórze. 3) t. zw. nowotwory mięszane i *cylindromata*. Budowa tych guzów jest dość zawiła a to z powodu zwyrodnień, jakim ulega tkanka łączna. Czasem w jednym guzie można widzieć wszystkie zwyrodnienia, jakoto: śluzakowe, chrząstkowe, szkliste, jamiste, torbielowe; barwiąc preparaty, sposobem Van Giesona można te produkta odróżnić od siebie. *Cylindromata* są to guzy, w których skąpa tkanka łączna naokoło naczyń ulega zwyrodnieniu szklistemu, w skutek czego naczynia otoczone są szklistym płaszczem z licznemi przewężeniami, przyczem jednak śródbłonek tych naczyń nie jest zmieniony.

C. Naczynia krwionośne odgrywają w ogóle rolę podrzędną; przebiegają w podścielisku i nie mają żadnego związku z bujaniem śródbłoniaka. Oczywiście, że z wzrostem guza tworza się nowe naczynia i w późniejszych okresach wrastają w ogniska komórkowe (Billroth); śródbłonek tych naczyń z reguły nie buja, przeciwnie często widzimy zarośnięcie naczyń, szczególniej w ogniskach chrzestnych. Inny obraz powstaje, jeżeli w guzie śródbłonkowym bujają komórki *adventitiae* i *perithelium*. Naczynia wtedy pokryte są kilkoma warstwami komórek wrzecionowatych; miejsca te różnia się od właściwego śródbłoniaka tem, że mocniej barwią się hematoksyliną i w ich środku zawsze jest naczynie. Takie guzy są mięszaniną śródbłoniaka z *angiosarcoma* i tworzą przejście do mięsaków.

W części szczegółowej autor zdaje sprawę z swych badań nad śródbłoniakami ślinianek, w szczególności gruczołu przyusznego, gdzie najczęściej się znajdują; dalej opisuje śródbłoniaki znajdujące się przed uchem, na wewnętrznej powierzchni warg i policzków, oraz kości. Przypadków razem jest 54, których dokładną kazuistykę autor podaje; nadto zebrał z literatury 41 przypadków. Oto w krótkości jego wyniki:

Najczęstszymi guzami ślinianek i wyżej wyliczonych miejsc są śródbłoniaki; raki i czyste chrząstniaki ślinianek należą do wyjątków. Guzy, dawniej opisywane jako pierwotne raki kości, są przeważnie śródbłoniakami. Mięszane guzy podniebienia twardego i miękkiego są również śródbłoniakami. Pod względem przebiegu klinicznego guzy te przez długi czas mają charakter łagodny, otoczone są włóknistą torebką i dają się łatwo wyłuszczyć. Po pewnym jednak czasie stają się złośliwymi, przebijają torebkę i niszczą okoliczną tkankę. Wycięte, często wracają, przerzuty jednak mimo licznych recydyw są rzadkie. (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*. T. XLI. Zeszyt 1—3). *Dr. Ruff*.

Choroby wewnętrzne.

Schilling: **O stosunku gruźliczego zapalenia opon mózgowych do urazów czaszki.**

Doświadczalne badania Schüllera i liczne spostrzeżenia kliniczne wskazują, że urazy stawów mogą wywoływać w nich rozwój sprawy gruźliczej, jeżeli rozwinęła się ona już w innem miejscu ustroju. Znana zresztą jest okoliczność, że urażona okolica, jako mniej odporna, sprzyja osiedleniu się rozmaitych ustrojów chorobotwórczych, jeżeli się one już w organizmie znajdują lub do niego jakakolwiek drogą wkroczą. Wpływu urazu jednak na rozwój zapalenia opon u osobników gruźliczych dotąd przeważnie nie uważano. S. podaje jako przyczynek do tej kwestyi historyę choroby i wynik sekcyi 8 letniego chłopca, u którego w 11 dni po upadku ze schodów, a więc w czasie, wystarczającym według Kocha i Baumgartena do zupełnego rozwoju gruzełka, wystąpiły pierwsze objawy zapalenia opon. Przy sekcyi znaleziono gruźlicze zapalenie opon na podstawie mózgu i rozmiękające serowate gruczoły oskrzelowe, z których uruchomione w skutek urazu prątki, wywołały, zdaniem S., sprawę w oponach. Z 8 ogłoszonych dotąd przypadków podobnych, uznaje autor za Hilbertem połowę za niepewne, ponieważ w nich objawy

mózgowe pojawiły się po urazie zawcześnie, aby, uwzględniając termin Kocha i Baumgartena, można je z urazem wiązać w stosunek przyczynowy *(Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 46. 1895). *Dr. Ciechanowski.*

Choroby zakaźne.

Pettenkofer: **Wybuch cholery i wodociągi w Hamburgu.**

Gwałtowny i rozległy wybuch cholery w Hamburgu w roku 1892. stara się P. wyzyskać na rzecz znanej swej teoryi, według której do powstania epidemii potrzeba trzech czynników: obecności właściwego zarazka, zawsze istniejącego usposobienia, ale głównie i przedewszystkiem warunków miejscowych, t. j. warunków atmosferycznych i, co najważniejsza, odpowiedniego gruntu. Pozorne ustępstwo, jakie P. zrobił na rzecz panujących dziś zapatrywań, według których woda jest głównym przenośnikiem przecinkowca Kocha, z którym dostaje się on do przewodu pokarmowego, polegało na tem, że P. uznał, iż zarazek cholery może znajdować się w wodzie, To jednak a nawet używanie tej wody do picia nie może nigdy, zdaniem jego, wywołać wybuchu rozległej epidemii; do takiego wybuchu potrzeba, aby zarazek z wody dostał się na odpowiednie podłoże, mianowicie do odpowiednio zanieczyszczonego gruntu i tam mógł się rozmnożyć. (W jaki sposób osiadający w gruncie zarazek dostaje się do organizmu ludzkiego, P. nie wyjaśnia). Wadliwe urządzenie wodociągów a mianowicie użycie wody rzecznej, zanieczyszczonej posoką kloaczną i niedostateczna kanalizacya. miały, zdaniem P., doprowadzić w ciągu lat 40 grunta hamburskie do takiego stopnia zanieczyszczenia, że wreszcie w roku 1892. w sprzyjających stósunkach klimatycznych musiała cholera nagle wybuchnąć i odrazu objąć wielką ilość mieszkańców. (Rozprawa pisana tonem polemicznym nie zawiera przekonywających dowodów). *(Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 46. 1895). *Dr. Ciechanowski.*

Dyagnostyka.

Reinecke: **Obliczanie ilości ciałek ropy w moczu i jego wartość rozpoznawcza.**

Zastósowanego przez Goldberga, Posnera i innych obliczania ilości ciałek ropy w moczu próbował R. w 6 przypadkach zapalenia pęcherza moczowego, 2 zapalenia nerek i 2 miedniczek nerkowych. Różnice przy powtórnem obliczaniu ilości ciałek w tym samym moczu były znaczne, błąd bowiem dochodził do 26%. To też R. sądzi, że chyba tylko w szczególnie pomyślnych stósunkach w połączeniu z oznaczeniem ilości białka mogłyby obliczenia takie może rozstrzygnąć, czy w ropotoku moczowym istnieje powikłanie ze strony nerek lub nie. Jednakże codzienne, troskliwe obliczenia pozwalają, zdaniem R., w pewnej mierze sprawdzać działanie środków leczniczych w nieżytach pęcherza niepowikłanych cierpieniem wyższych odcinków dróg moczowych. *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 49. 1895.

Dr. Ciechanowski.

Chirurgia.

F. Mangoldt (w Dreźnie): **Nowa metoda transplantacyi czyli powlekania skórą powierzchni rannych i takichże jam za pomocą zasiewania przyskórka.**

Autor, omówiwszy krytycznie sposoby transplantacyi skóry sposobem Reverdina i Thierscha, wykazawszy zalety i wady tych sposobów, opisuje swój nowy sposób pokrywania ran za pomocą wysiewania przyskórka, sposób wypróbowany przez autora w 6 przypadkach *ulcus cruris* i w 2 przypadkach uporczywych owrzodzeń na opuszce palca dużego u nogi a przez Dra Manna w 5 przypadkach doszczętnych operacyj *otitis media purulenta chronica.* Sposób ten w szczegółach przedstawia się tak: Autor naprzód odraża dokładnie dowolną część skóry, potem ostrzem brzytwy wyjałowionej, prostopadle do powierzchni skóry ustawionym, zeskrobuje lekko przyskórek aż do warstwy brodawkowej. Otrzymaną masę gęstawą, obficie z krwią zmieszaną, rozpościera się dokładnie (szpatułką) na powierzchni rannej, świeżej, lub starej, dokładnie ziarniny pozbawionej, nie broczącej. Na to opatrunek z protektywu, wyjałowionego przez gotowanie w 0·75% roztworze NaCl, lub z płatków staniolu wygotowanego, albo też z gutaperki w alkoholu absolutnym wyjałowionej i wysuszonej. Opatrunek ten przykrywa się zwykłym opatrunkiem aseptycznym. Na powierzchni rany wytwarza się wkrótce jakby nalot, skutkiem wydzielającego się włóknika, lecz już 5—7. dnia włóknik znika a rana przybiera zabarwienie niebieskawo-różowe, zależne od nowotworzącego się przyskórka. W 3-cim tygodniu przyskórek pokrywa ranę w całości. Od 5-go dnia opatrunek należy zmieniać co dwa dni a ranę przemywać łagodnie fizyologicznym roztworem NaCl. Od 10-go dnia można używać maści lanolino-borowej. Z chwilą udałego wysiania przyskórka zmniejsza się wydzielina i ziarnina nie buja. Z końcem 3-go tygodnia widzimy powierzchnię równą i gładką; później znowu skóra grubieje i łuszczy się (bo brak jej gruczołów). M. badał zeskrobaną masę pod mikroskopem i widział nie odosobnione komórki, lecz całe ich gromady, składające się z warstwy rogowej, *stratum lucidum,* sieci Malpighiego i ze szczytów *stratum papillare* a zatem tych samych warstw, które zabieramy przy sposobie Thierscha. W końcu raz jeszcze zwraca autor uwagę, że do użycia tego sposobu rana powinna znachodzić się w okresie, gdzie „ziarnina jest zbitą, gruboziarnista, mało skłonną do broczenia, wydzielina w bardzo małej ilości a wszystkie części obumarłe usunięte. Powierzchnia musi być jednostajnie suchą, nie wilgotną. Na brzegach powinien się wytwarzać już nowy przyskórek. Brak wszelkich objawów zapalnych w otoczeniu“. *(Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 48. 1895). *Dr. M. W. H.*

H. Schloffer: **Badania bakteryologiczne wody przepuklinowej z uwzględnieniem powstawania zapalenia płuc w przebiegu przepuklin uwięzłych.**

Punkt wyjścia dla badań autora stanowią teorye, dążące do wyjaśnienia powstawania tak często dającego się spostrzegać zapalenia płuc w przebiegu przepuklin uwięzłych. Według pierwszej z nich (Gussenbauer-Pietrzykowski) w zaciśniętej pętli jelitowej powstają zaburzenia w krążeniu prowadzące do utworzenia zakrzepów w żyłach. Po odprowadzeniu pętli zakrzepy te dostają się do obiegu krwi i z nią do płuc. Jeżeli zakrzepy są jałowe, to następstwa tego są małoznaczne, przeciwnie zaś zakrzepy zawierające drobnoustroje sprawiają zaburzenia poważne w postaci ciężkiego zapalenia płuc. Odmiennie zapatruje się na etyologią tego cierpienia Leshaft, który uważa je za następstwo dostania się ciał obcych do dróg oddechowych (*Schluckpneumonie*). Wreszcie według trzeciej teoryi (Fischer i Lewy) te zapalenia płuc powstają drogą przerzutową wskutek dostania się drobnoustrojów (*bacterium coli*) z wody przepuklinowej do obiegu krwi i do płuc. Z tego więc powodu ważnem jest zbadanie, czy w wodzie przepuklinowej są drobnoustroje i jakie, nadto, czy pomiędzy nimi znajdują się te postacie, które uważamy za główną przyczynę zapalenia płuc (*diplococcus* Fraenkla-Weichselbauma).

Badania w tej mierze robione były ostatniemi czasy dość często, jednakże wyniki różnych autorów nie są ze sobą zgodne (Boennecken, Garre, Ziegler, Tavel i Lanz, Tietze).

Autor przeprowadził badanie swe pod dwojakim względem. 1-o badał bakteryologicznie wodę przepuklinową w przypadkach klinicznych przepuklin uwięzłych u ludzi, 2) wywoływał sztucznie uwięźnięcie przepuklin u zwierząt i poddawał badaniu wysięk w różnych odstępach czasu od chwili zaciśnienia pętli jelitowej. Nadto zwrócił on uwagę na związek, zachodzący pomiędzy ilością drobnoustrojów w wodzie przepuklinowej a zmianami tkankowemi, w ścianie jelitowej i na własności bakteryobójcze samej wody przepuklinowej, co już przedtem stwierdzili niektórzy autorowie (Tietze). — Wyniki Schloffera streścić można w krótkości następująco:

W wodzie przepuklinowej u ludzi rzadko bardzo wykazać się daje obecność drobnoustrojów (na 12 badanych przypadków tylko w 2-ch). W przypadkach doświadczalnych u zwierząt znajdował autor drobnoustroje już po 7 godzinach uwięźnięcia, lecz z drugiej strony w innych przypadkach nie było ich po 2—3 dniach. Stałego jakiegoś związku pomiędzy ilością tych bakteryi a stopniem zmian tkankowych w ścianie jelita autor nie wykazał tak, że niekiedy znaleść można je wobec zupełnie zdrowej ściany, przeciwnie zaś może ich nie być w razie znacznie posuniętych zmian w ścianach. Woda przepuklinowa posiada wybitne niekiedy własności bakteryobójcze, które jednakże znikają po pewnym czasie i wówczas woda przepuklinowa stanowi nawet dobrą dla drobnoustrojów pożywkę. To tłómaczy nam tę okoliczność, że w znacznej większości przypadków w pierwszych okresach po uwięźnięciu drobnoustrojów wykazać nie można lub nader mało, gdyż te, które dostaną się przez ścianę jelitową, giną w wodzie przepuklinowej. Dopiero później jednocześnie ze słabnięciem własności bakteryobójczych tej wody przepuklinowej przechodzące do niej z jelit drobnoustroje mnożą się dość szybko.

Niekiedy w wodzie przepuklinowej znaleść można i *diplococcus* Fraenkla-Weichselbauma; okoliczność ta przemawia najwięcej na korzyść teoryi Gussenbauera Pietrzykowskiego co do powstawania zapalenia płuc na drodze tworzenia się w płucach zatorów, zakażonych tymi drobnoustrojami. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, T. XIV, str. 813).

Dr. Kryński.

Tilmann: **W sprawie laparotomii próbnej** *(laparotomia exploratoria).*

Laparotomia próbna nawet za użyciem zupełnie pewnej aseptyki i bardzo dokładnego szwu warstwowego ścian brzusznych (który ma zapobiegać powstawaniu przepuklin i zrostom jelit z blizną) nie jest zabiegiem całkiem bezpiecznym. Niebezpieczeństwa wprawdzie zmniejszyły się obecnie, jednak nie zostały zupełnie usunięte. Przedsiębrać ją zatem należy, po zużytkowaniu wszystkich środków rozpoznawczych, jako akt wstępny do ewentualnie dalszych zabiegów chirurgicznych.

Laparotomia próbna ma nadto znaczenie dzielnego środka leczącego każdą postać gruźlicy otrzewny. T. mniema, że czynnikiem, głównie w rachubę tu wchodzącym, jest silne przekrwienie otrzewny, wywołane przez operacyą. Także i w przypadkach nowotworów w jamie brzusznej, nie nadających się do operacyi, widziano polepszenie sprawy chorobowej. Sam autor przytacza 4 przypadki, potwierdzające to ostatnie zdanie. Dwa z nich tyczyły się kobiet, u których rozpoznano guz, z okolicy woreczka żółciowego wychodzący. Wykonano laparotomia. Przekonano się, że guz przez operacyę usunąć się nie da. Zaszyto więc jamę brzuszną. Po pewnym jednak czasie guz znikł. Dotychczas po 2, względnie 6 latach nawrotu nie ma. Autor sądzi, że w tym przypadku chodziło prawdopodobnie o grube blizny i zrosty otrzewny. Trzeci przypadek tyczył się nienadającego się do operacyi raka kątnicy. I tu po rozcięciu jamy brzusznej i natychmiastowem na powrót jej zeszyciu nastąpiło wyleczenie. Operowany czuł się dobrze przez cztery lata i umarł na zapalenie otrzewny. Czwarta obserwacya dotyczy kobiety ze złośliwym nowotworem jajników z przerzutami na otrzewnę i do gruczołów pozaotrzewnowych. Wykonano tylko częściową resekcyą nowotworu. Po $^1/_2$ roku guz w jamie brzusznej pozostały był mniejszy a stan ogólny lepszy, niż przed operacyą. (*Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 49. 1895).

Dr. M. W. H.

Zapiski terapeutyczne.

146. Z. Gottschalk (w Berlinie): O użyciu styptycyny (wodochlorku kotarniny) w krwotokach macicznych (z wiedeńskiego kongresu ginekologicznego). Przed mniej więcej dwoma laty otrzymano z narkotyny alkaloidu, zawartego w makowcu (*opium*), nowe połączenie chemiczne, tak zwaną kotarninę stanowiącą proszek bezpostaci, barwy żółtej jak siarka i rozpuszczającą się w wodzie w roztworze barwy słomkowej. Otóż okoliczność, że ta kotarnina, czyli, jak nazwał jej wodochlorek znany E. Merck w Darmsztacie, styptycyna ma skład chemiczny bardzo zbliżony do hidrastyniny, naprowadziła autora idącego w tej mierze za radą Freunda do spróbowania tej styptycyny w podobnych przypadkach, w jakich używano dotychczas hidrastyniny, t. j. w krwotokach macicznych.

U pierwszych 10 chorych, które dostawały trzy razy dziennie wewnętrznie w formie proszku po 0·025 (po $2^1/_2$ centygrama) styptycyny, skutek był wcale nieosobliwy. Dopiero po użyciu dawek bez porównania większych (wewnętrznie w formie proszku po 0·05 pięć do sześciu razy dziennie lub podskórnie w formie wstrzykiwań głębokich w mięśnie pośladkowe po 0·20 raz dziennie) skutek był w krwotokach macicznych bardzo zadowalniający i występował nie tylko w formie tamowania krwotoku, ale zarazem łagodził dolegliwości. Do wstrzykiwania w mięśnie pośladkowe używano 10% roztworu wodnego, wyjałowionego i przechowywanego aseptycznie w zatopionych i wyjałowionych rurkach odczynnikowych. Za użyciem tak wewnętrznem jak i podskórnem nie widziano zazwyczaj żadnego nieprzyjemnego działania ubocznego a tylko wyjątkowo w przypadkach, które nie znosiły przetworów makowca, postrzegano podniecenie lub nudności. W miejscu wstrzyknięcia nie widziano żadnego zadrażnienia a tylko niekiedy palenie i otrętwienie na kilka godzin.

Co się tyczy szczegółowego działania styptycyny, to przekonał się autor, że środek ten naprzód daje użyć się przez pewien dosyć długi czas a następnie, iż koi bóle, co jest właśnie wielkiej wagi w bolesnej miesiączce.

Lubo w tej chwili oczywiście nie można jeszcze określić działania terapeutycznego styptycyny, to jednak pewna, iż środek, o którym mowa, działa skutecznie przedewszystkiem w krwotokach połogowych a niedostatecznem przeobrażeniu wstecznem (*subinvolutio*) macicy, t. j. w przypadkach, w których przyczyną krwotoku jest po prostu atonia warstwy mięsnej macicy, nie zaś zatrzymanie resztek jaja płodowego; w tych bowiem razach działają lepiej sporysz (*secale cornutum*) i jego przetwory w połączeniu z gorącymi natryskami.

Dalej zalecałby autor styptycynę w grzybiastem zapaleniu błony śluzowej macicy (*endometritis fungosa*) i powstających ztąd krwotokach, gdzie styptycyna oczywiście tylko symptomatycznie tamuje krwotok i bóle, nie czyni wszakże bynajmniej niepotrzebnem wyskrobania i wśródmacicznego przypalania.

Również skutecznie możnaby użyć styptycyny w krwotokach skutkiem obecności mięśniaków (*myomata*) i krwotokach w latach przechodowych (*climacterium*).

W miesiączce zanadto obfitej z powodu nawału krwi, atoli bez zmian anatomicznych można użyć styptycyny ze skutkiem równie dobrym, jak hidrastyniny i *hydrostis canadensis*.

Natomiast przeciwwskazaną jest styptycyna w razie niebezpieczeństwa poronienia, któreby mogła przyśpieszyć, jak również w krwotokach podczas ciąży.

W jaki sposób działa styptycyna na macicę, mianowicie czy działa wprost, jak sporysz i jego przetwory na mięśnie gładkie, czy też pośrednio przez wywoływanie ostrej niedokrewności, autor jeszcze nie rozstrzyga.

Według postrzeżeń autora najlepiej i najbezpieczniej zadawać styptycynę na 4 do 5 dni przed spodziewanym peryodem, n. p. 4 razy dziennie po 0·025 (t. j. $2^1/_2$ centygrama) a dopiero, gdy krew się pokaże i na czas peryodu, w dawce dwa razy większej, t. j. po 0·05 cztery do pięciu razy dziennie. Jeżeli zawezwano pomocy lekarskiej już w środku peryodu, najlepiej wstrzyknąć od razu 0·20 w mięśnie pośladkowe i dawkę tę powtórzyć w dniach następnych w miarę potrzeby.

Co do formy użycia styptycyny, zdawało się autorowi, że wstrzykiwania podskórne działają lepiej, niż użycie wewnętrzne. *(Therapeutische Monatshefte.* Grudzień 1895).

147. *a)* E. Reinert: Skuteczność wyciągania (*extensio*) w zapaleniu kręgów i pochodzącem z niego uciśnieniu rdzenia pacierzowego, *b)* P. Calot i Pierre: Czy w dzisiejszym stanie nauki wskazanem jest działanie chirurgiczne w uciśnieniu rdzenia pacierzowego skutkiem zapalenia kręgów? Reinert zebrał postrzegane w klinice tybińskiej 23 przypadki ciężkiego porażenia skutkiem uciśnienia rdzenia pacierzowego przez zapalone kręgi a leczone w sposób wyczekujący, przeważnie spokojnem leżeniem w łóżku, wcieraniem szaruchy, elektrycznością i t. d. i wykazuje po zasiągnięciu dokładnych wiadomości, iż z tych 8 chorych jest zupełnie wyleczonych i że to wyleczenie utrzymuje się w tych przypadkach już od 19 do 8 lat. Z nich było dwóch ze zmianami w części karkowej, 6 zaś w części piersiowej rdzenia pacierzowego. O jednym przypadku nie można było nic się dowiedzieć. W 14 przypadkach nastąpiła śmierć częścią w klinice, częścią w domu i u tych bez wyjątku w przeciągu $1^1/_2$ roku po wyjściu z kliniki. To zakończenie śmiertelne należy odnieść z wyjątkiem trzech przypadków, w których pojawiła się gruźlica prócz stosu kręgowego i w innych organach, do następstw uciśnienia rdzenia pacierzowego.

Z 13 przypadków leczonych przez wyciąganie stosu kręgowego za pomocą sposobów podanych przez Volkmanna, Sayre'a lub Phelpsa, 8 wyleczonych jest zupełnie, 3 znajdują się na drodze do stanowczej poprawy a dwa przypadki zakończyły się śmiercią, jeden ze zmianą w części lędźwiowej stosu kręgowego, drugi po stanowczej poprawie trwającej $1^1/_2$ roku skutkiem innej zmiany gruźliczej a mianowicie ropnego otoku piersiowego (*empyema*).

Ponieważ obserwacya chorych tej drugiej grupy nie obejmuje tylu lat, co pierwszej, bo w jednym tylko przypadku $7^1/_2$ lat, w innych zaledwie rok lub tylko pewną część roku, przeto autor nie porównywa tych obydwóch gromad leczonych tak odmiennie ze sobą. Zawsze jednak skutek w tej drugiej gromadzie jest uderzający i zachęca do dalszych prób na tem polu, prób wytrwałych, bo pokazało doświadczenie, iż tylko wytrwałością można dojść do pomyślnego skutku.

Calot i Pierre obserwowali 20 przypadków uciśnienia rdzenia pacierzowego przez zapalone kręgi, leczonych wyłącznie spokojnem leżeniem w łóżku i unieruchomieniem stosu kręgowego. 19 przypadków jest częścią zupełnie wyleczonych, częścią znajduje na drodze do poprawy a jeden tylko przypadek zakończył się śmiercią skutkiem przebicia się ropnia opadowego do pęcherza moczowego i dalszych ztąd następstw.

Wobec takiego rezultatu występują autorowie przeciw zabiegom operacyjnym w porażeniu z uciśnienia rdzenia pacierzowego przez kręgi zapalone, zabiegom, w których śmiertelność dochodzi od 60 do 80%. *(Beiträge zur klin. Chirurgie.* Tom 14. 1895. *Revue d'orthopédie.* Lipiec 1895).

148. Gaucher: O zatruciu przez użycie zewnętrzne podazotanu bizmutowego (*bismutum subnitricum*). (Z posiedzenia lekarskiego Towarzystwa szpitalnego w Paryżu w dniu 29. Listopada 1895). Autor zdaje sprawę z przebiegu zatrucia podazotanem bizmutowym u czterech chorych, u których używano codziennie zewnętrznie tego środka, u trzech z przyczyny wrzodów na przedudziu, u czwartej chorej z przyczyny oparzenia na rozmaitych miejscach ciała. Pierwszym znakiem zatrucia było ukazanie się rąbka na dziąsłach bardzo podobnego do rąbka w zatruciu ołowiem, tylko nieco ciemniejszego. Temu rąbkowi towarzyszyły plamy na policzkach a po dłuższem używaniu zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis*) z dalszemi następstwami. Po zaprzestaniu używania zewnętrznie bizmutu zniknęły wszelkie przypady zatrucia tak, iż nie można wątpić, iż bizmut był ich przyczyną. Badanie chemiczne przetworu wykazało, iż był zupełnie czysty i nie zawierał mianowicie ani ołowiu ani arsenu.

W dyskusyi oświadcza Hayem, iż stósuje wewnętrznie podazotan bizmutowy w dawkach od 14 do 20 gramów i nie widział nigdy żadnego, nawet najmniejszego objawu zatrucia. Przypuszcza przeto, iż za użyciem zewnętrznem przetwór, o którym mowa, zmienia się w sposób osobliwy, którego nie ma za używaniem wewnętrznem po zetknięciu się ze sokiem żołądkowym. (*La Semaine médicale.* 4. Grudnia 1895).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe dnia 8. Listopada 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 47.

1) Przewodniczący przedstawił nowych członków koll. Hojnackiego, Liliena i Momidłowskiego.

2) Kol. Niemiłowicz: O badaniu moczu pod względem obecności rozmaitych rodzajów cukru. (Rzecz przeznaczona do druku w *Przeglądzie lekarskim*).

3) Kol. Obtułowicz: Kilka słów o surowicy krowiankowej (*serum vaccinicum*) (Również przeznaczona do druku w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zabrał głos prof. Kretowicz: W miesiącu Czerwcu r. b. zgłosił się do mnie Dr. Obtułowicz i zaproponował mi, abyśmy rozpoczęli doświadczenia nad surowicą krowiankową lub ospową, wytworzoną analogicznie, jak surowica antydyfterytyczna Behringa. W obszernej dyskusyi nad tym przedmiotem udowodniałem, że przynajmniej surowica spływająca po zebraniu limfy krowiankowej nie zawiera w sobie żadnych pierwiastków skutecznych, albowiem szczepienia dokonywane tą surowicą nigdy nie dały rezultatu dodatniego. Czy surowica wytworzona z krwi, zwłaszcza tętniczej również nie zawiera pierwiastków ochronnych, tego stanowczo rozstrzygnąć nie umiałem i dlatego postanowiłem zgodzić się na propozycyę Dra Obtułowicza i skoro tylko nastała pora chłodniejsza, przystąpiliśmy zaraz do dzieła i wytworzyliśmy z krwi tętniczej, upuszczonej cielęciu zaszczepionemu wyborną limfą nietylko surowicę krowiankową, ale nadto zmięszaliśmy krew z dwuwęglanem sodowym i z cytrynianem sodowym celem rozpuszczenia włóknika. Tak wytworzone przetwory przedstawiamy obecnie a doświadczenia próbne rozpoczniemy niebawem i to najpierw na królikach a potem na dzieciach. (Streszczenie własne).

4) Kol. Rynecki okazał wyjałowione a w puszkach blaszanych zalutowane przybory do opatrunków.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wehr.

Sekretarz: *Dr. Uhma.*

Posiedzenie naukowe dnia 15. Listopada 1895 r.

w sali wykładowej anatomii opisowej.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 36.

Kol. Kadyi jako gospodarz powitał przybyłych, okazał kilka ciekawych przypadków nieprawidłowego zachowania się żeber a potem objaśniwszy plany sytuacyjne gmachu, oprowadził przybyłych po muzeum i pracowniach przeznaczonych dla anatomii opisowej.

Sekretarz: *Dr. Uhma.*

Posiedzenie naukowe dnia 29. Listopada 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 31.

1) Przewodniczący wspomnieniem a obecni powstaniem uczcili pamięć zmarłego członka honorowego, prof. Dra Ludwika Teichmanna.

2) Kol. Trzciniecki przedstawił dwóch pacyentów, u których robił z powodu *otitis media suppurativa chronica* połączonej z *caries*

operacyą wedle Stackego. U pacyentki nastąpiło zupełne wyleczenie w przeciągu $2\frac{1}{2}$ miesięcy, u pacyenta po 3 miesiącach zabliźnienie się jeszcze nie nastąpiło.

3) Kol. Niemiłowicz: O badaniu pod względem obecności rozmaitych rodzajów cukrów. (Demonstracya).

Dyskusya: Kol. Pisek porusza sprawę pentozy odkrytej przed 3 laty przez Salkowskiego a później przez kilku lekarzy klinicznie stwierdzonej. Pytanie, czy osoby nią dotknięte należy uważać za chore, choć innych objawów cukrzycy nie zdradzają, czy też za zdrowe, jest nie rozstrzygniętem a już ze względu na Towarzystwa asekuracyjne dla praktyka ważnem. Zapytuje się przeto prelegenta o jego zdanie w tej mierze.

Przemawiali nadto koll. Winkowski, Krokiewicz i prelegent.

4) Kol. Obtułowicz jako fizyk powiatu lwowskiego zdał sprawę z epidemij w tym powiecie:

W miesiącach Październiku i Listopadzie 1895 r. pojawiły się i panowały głównie choroby epidemiczne, właściwe wiekowi dziecięcemu, t. j. szkarlatyna, krztusiec i sporadyczne przypadki dławca (*croup*).

Szkarlatyna panowała epidemicznie w Szczercu i najbliższej okolicy, głównie zaś w gminie Siemianówce (37 przypadków, śmiertelność 14%).

Koklusz panował w 9 miejscowościach rozrzuconych po całym powiecie, głównie zaś koło Szczerca z śmiertelnością koło 16%.

Tyfus osutkowy pojawił się tylko w jednej miejscowości koło Jaryczowa (Podliski małe); z 14 chorych zmarł 1, reszta zaś wyzdrowiała i epidemia już wygasła.

Tyfus brzuszny pojawił się tylko sporadycznie w dwóch miejscowościach.

Cholery nie było wcale.

Sekretarz: *Dr. Uhma.*

PROTOKÓŁ

VII. Zebrania Izby lekarskiej w Krakowie.

w dniu 14. Grudnia 1895.

Obecni: Prezydent Dr. Jakubowski; Wiceprezydent Dr. Plech; Członkowie Izby Drzy: Dr. Gawlik, Jabłoński, Jordan, Łazarski, Wain, Walczyński; Zastępcy Członków Izby: Drzy Neumann, Świątek.

1) Prezydent witając zgromadzonych przedstawia program obrad, poprzednio już każdemu z nich przesłany.

2) Prezydent poświęca słowa wspomnienia zmarłym Proff. Drom Oettingerowi i Teichmanowi, których pamięć uczcili obecni przez powstanie.

3) Prezydent wita w imieniu Izby prof. Jordana, jako posła do Sejmu krajowego i poleca mu w swem przemówieniu obronę spraw, tyczących się stanu lekarskiego. Obecni przyłączają się do życzeń Prezydenta, Dr. Jordan zaś dziękując przyrzeka zarazem zająć się w Sejmie powierzonemi sobie sprawami lekarskimi z całą gorliwością.

4) Protokół z V. zebrania Izby odczytano i przyjęto.

5) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od ostatniego (w Maju b. r.) zebrania Izby, podając, że od tego czasu Wydział odbył 6 posiedzeń zwyczajnych, oraz 5 jako Rada honorowa, przyczem załatwiono 347 spraw (zapisanych w dzienniku podawczym od l. b. 81 do 428 włącznie). Przyjęto do wiadomości.

6) Prezydent, jako delegat Izby krakowskiej zdaje sprawę z II-go wiecu Izb lekarskich austryackich, odbytego w Bernie morawskiem d. 5. Października b. r., przedstawiając przebieg i wynik rozpraw na nim podjętych, zwłaszcza zaś w sprawie instytucyj dobroczynnych dla lekarzy i ich rodzin, w kwestyi ułożenia etyki lekarskiej, reformy studyów medycznych i t. d.

Izba przyjmuje do wiadomości sprawozdanie delegata i uchwala równocześnie, że koszta wieców Izb lekarskich mają pokrywać wspólnie wszystkie Izby lek. austryackie.

7) W sprawie instytucyj dobroczynnych dla lekarzy i ich rodzin Izba oświadcza się za wnioskami komitetu, na poprzedniem zebraniu wybranego, uchwalając:

a) Izba uważa zasadniczo zaprowadzenie przymusu ubezpieczenia lekarzy w utworzyć się mającej jakiejkolwiek tego rodzaju instytucyi za konieczne.

b) Nie wykluczając utworzenia wspólnej instytucyi kas emerytalnych dla lekarzy całej Austryi uważa w obecnych stosunkach za korzystniejsze tworzenie podobnej instytucyi w dowolnych grupach Izb lekarskich, względnie takiejże wspólnej dla obu Izb lekarskich w kraju krakowskiej i lwowskiej.

c) poleca równocześnie Wydziałowi Izby porozumieć się w tej sprawie z Izbą lekarską lwowską i z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, jakoteż zasięgnąć informacyj właściwych w krakowskiem Towarzystwie Wzajemnych ubezpieczeń i w Tow. prywatnych oficyalistów we Lwowie.

8) W sprawie reformy ustawy krajowej o lekarzach gminnych wnioskodawca a oraz powołany przez Wydział referent, Dr. Walczyński przedstawia wyczerpująco niekorzystne strony tej kategoryi lekarzy i przedstawia do przyjęcia wniosek:

Izba lekarska wniesie petycyę do Sejmu o polecenie Wydziałowi krajowemu opracowania osobnej instrukcyi dla lekarzy miejskich w 30 większych miastach Galicyi, w których obowiązuje ustawa z dnia 13. marca 1889. a to na wzór podobnej instrukcyi wydanej dla lekarzy miejskich w Krakowie. (Dz. rozp. kraj. l. 43. z r. 1893).

Po dłuższej dyskusyi Izba przyjmuje wniosek w całości, postanawiając wnieść rzeczoną petycyę do Sejmu na ręce prof. Dra Jordana.

9) W sprawie reformy stósunków lekarzy szpitalnych wnioskodawca a oraz referent z polecenia Wydziału, Dr. Jabłoński zwracając uwagę w dłuższem przemówieniu na rozwój szpitali podczas ery autonomicznej, jak niemniej wzmagającą się z każdym dniem frekwencyę chorych, wskazuje na liczne braki w obecnej organizacyi szpitali krajowych, jakoteż na pełne odpowiedzialności obowiązki lekarzy szpitalnych, zależność ich od różnych władz, tak autonomicznych, jak rządowych, wskutek czego są oni krępowani w swych czynnościach administracyjnych a nawet lekarskich, wreszcie przedstawia obecne pensye lekarzy szpitalnych, jako zostające w zupełnie nieodpowiednim stosunku do ich wytężającej pracy umysłowej i fizycznej, ani też do ich pozycyi w hierarchii społecznej.

Po ożywionej dyskusyi Izba uchwala wnieść na ręce prof. Jordana petycyę do Sejmu krajowego w sprawie uregulowania stósunków szpitali krajowych i polepszenia bytu lekarzy szpitalnych, przyjmując równocześnie jako postulaty:

a) nadanie lekarzom szpitalnym krajowych stanowiska i charakteru stałych urzędników krajowych z odpowiednią rangą i płacą,

b) przyznanie im pięcioletnich dodatków,

c) przyznanie prawa do emerytury, wdowom i sierotom zaś po po nich pozostałym prawa do zaopatrzenia, przyznawanego rodzinom po urzędnikach krajowych.

10) W sprawie reformy studyów i rygorozów medycznych, referent Wydziału prof. Dr. Łazarski przedstawia w streszczeniu projekt c. k. Ministerstwa oświaty, mający służyć za podstawę do obrad ankiety w tej sprawie zwołać się mającej.

Po licznych przemówieniach zgodzono się jednomyślnie, aby — jak to już po części zawiera projekt referenta minister. — celem nadania studyom medycznym kierunku, o ile można, praktycznego:

a) zoologia, botanika, mineralogia i fizyka zostały zupełnie wykreślone z listy przedmiotów obowiązkowych i egzaminów dla uczniów Wydziału lek.,

b) aby patologia ogólna nie należała do przedmiotów podlegających egzaminowi,

c) aby zaprowadzono egzamin obowiązkowy po ukończeniu 8-go półrocza studyów; nadto wypowiedziano życzenia nie uwzględnione w projekcie ministeryalnym,

d) aby egzaminowano z anatomii i fizyologii raz tylko po ukończeniu 4-go półrocza studyów (nie zaś dwukrotnie, jak proponuje projekt minister.),

e) aby do uzyskania dyplomu wymagano przynajmniej jednorocznej praktyki szpitalnej.

Powyższe postulaty mają służyć jako dyrektywa delegatowi Izby prof. Dr. Łazarskiemu zarówno na ogólnem zebraniu delegatów Izb lek. austr. zapowiedzianem na d. 18. b. m. w biurze Izby lek. wiedeńskiej, jakoteż podczas obrad ankiety w Ministerstwie oświaty w d. 19., 20. i 21. Grudnia b. r.

11) W sprawie podania jednej z prowincyonalnych kas dla chorych z prośbą o rozstrzygnięcie w wątpliwym przypadku wydano odpowiednie orzeczenie.

12) Uchwalono budżet na r. 1896. w łącznej kwocie 1500 złr.; na pokrycie potrzeb Izby w tymże roku ustanowiono opłatę po 4 złr. od każdego z lekarzy do Izby należących, prócz tego po 2 złr. od każdego z nich do kasy doraźnego wsparcia.

13) Uchwalono zapomogi z funduszów kasy wsparcia: 100 złr. podupadłemu przez długą chorobę Drowi Fr. C.; po 100 złr. wdowom po ś. p. Drze P. i po ś. p. Drze Z.; po 25 złr. kwartalnie (w r. 1896.) wdowie po ś. p. Drze S. z Krakowa.

14) Sprawozdanie z czynności Izby w r. 1895. uchwalono ogłosić drukiem.

15) Organ Izb lek. austr.. *Vereinszeitung* postanowiono zaprenumerować na r. 1896 dla każdego z członków Izby i ich zastępców.

V.

ZE WSCHODU.

ZARYSY LEKARSKIE.

Przez

I. Iłg......

(Dokończenie Patrz Nr. 50).

Drugi, ogromny odłam środków leczniczych stanowią środki mistyczne. Wobec mocno zakorzenionych przesądów, podtrzymywanych przez łamów, mają one szerokie zastosowanie. Nie tylko łączą się one z zażywaniem leków, podczas którego odmawiają się pewne modlitwy i zastrzega się czas, w którym się je zażywa, lecz oprócz tego są różne zaklęcia, zamawiania połączone z dmuchaniem, spluwaniem i odpędzaniem sił nieczystych. Noszą na piersiach amulety z pewnemi kabalistycznemi wyrazami, przy których liczby 7 lub 21, 77, 101, bywają używanemi, podobnie, jak u wszystkich ludów, do których dostały się te wierzenia; zamawiania tu połączone sa z pewnemi religijnemi obrzędami.

Pomiędzy lekami mistycznemi znajdujemy takie, które łamowie rozdają swym wierzącym pacyentom, jak pigułki wyrobione z jakiej części ciała przesiedleńca boskiego, *hegena*, lub z miejsca grobu Buddy-szegemuni. Mają też zastosowanie według Dra Kiriłowa pigułki lub okłady z ziemi, po której przechodziło 3500 łamów. Do tych leków mistycznych, tak przypominających średniowieczne praktyki lekarskie po klasztorach, zaliczyć należy ekzorty, t. zw. *gurum*, praktykowane dla odpędzenia, lub zmniejszenia sił nieczystych wtenczas, kiedy użycie innych środków nie przyniosło polepszenia zdrowia. *Gurum* jest to hipnoza chorego, jedna z tych wielu, które przyniesione zostały ze wspólnego źródła indyjskiego, zkąd rozeszły się po całym świecie a której właściwie i ja poświęciłem nie mało miejsca w lecznictwie ludowem na Rusi. Praktyka lecznicza, jak tam, tak i w *gurumie* u buddystów polega na jednej i tejże samej zasadzie odpędzania choroby na góry, wody i lasy, lub na jej wyjściu z chorego za pomocą toczenia po jego ciele jajka, lub ciasta. To ostatnie szczególniej dzieje się u buddystów z licznemi szamańskiemi ceremoniami. W nocy w jurcie chorego zjawia się liczne duchowieństwo i tam przy na pół przyćmionem świetle palącego się ognia łamowie, po długich modlitwach, przy ogłuszających uderzeniach bębnów i trąbach taczają po ciele chorego ciasto surowe i tłuszcz, poczem ulepiają z nich figurkę i przelewają na nią cierpienia chorego, ustawiają następnie na osobnym stole obok różnych symbolicznych przedmiotów i każą w nią choremu wpatrywać się przez czas długi a następnie figurkę spalają, objawiając, że choroba wypędzona została. Jeżeli pierwszy *gurum* nie przyniósł ulgi cierpiącemu, to powtarza się go kilkakrotnie, szczególniej u chorych zamożnych, gdyż za ten religijny obrządek średnio płaci się po rs. 100 a jest on ostatnią ucieczką chorych, na których marzycielską i skłonną do wszelkiej wiary w nadprzyrodzone zjawiska naturę wywiera wpływ wstrząsający, jak i cała misterya religijna, którą tak umiejętnie zużytkowuje łamstwo, oddziaływając sztucznie na układ nerwowy swych wyznawców.

Na zakończenie teoryi medycyny tybetańskiej i lecznictwa pozostaje jeszcze nieco miejsca poświęcić samym lekarzom, *emczi-łamom* i ich leczeniu. Samo wezwanie do chorego *łamy* połączone też jest z pewnemi przesądami. Jeżeli podczas wezwania znajdą łamę przy zajęciu nie odpowiadającem jego stanowi, złym, łający m kogo, to albo odkładają jego wezwanie na czas inny, lub przyjmują to za złą wróżbę dla zdrowia chorego. Buddyści sami uwzględniają trudności lekarzy swoich, połączone z zapamiętaniem tylu wierzeń i przesądów, na których polega sztuka lekarska, nakazująca trzymać się ściśle przepisów co do rozpoznania i leczenia chorób; powiadają, że wyjątkowo tylko bywają w całem słowa tego znaczeniu prawdziwi *emczi-łami*, na ogół zaś ich zapatrują się jako na nieuków i szarlatanów. Łamowie bardziej interesujący się nauką, jeżdżą od czasu do czasu z rosyjskiego Zabajkalia do Mongolii i do Tybetu nawet, aby odświeżać swe wiadomości lekarskie. W praktyce leczniczej łamowie, pomimo oddania się najbardziej sumiennego swej nauce, mają trudność niepokonaną, by jej sprostać naprzód w rozpoznaniu symptomatów jednej z tysiąca chorób a następnie, aby módz rozpatrzeć się w ogromnej masie leków, których nigdy prawie nie ma pod ręka; wobec tego musi przeto łama zawierać kompromis ze swem sumieniem i w rozpoznaniu i leczeniu choroby. Łama praktykujący poświęca cały swój czas zwykle jednemu choremu i całemi dniami lub tygodniami z nim przebywa, lecząc go i czuwając nad nim do końca choroby. Przybywszy do chorego długie godziny poświęca na rozpoznanie choroby, bada barwę i suchość języka, szuka pulsu na rozmaitych miejscach ciała i śledzi jego uderzenia. U chorych zamożniejszych łamowie robią ustępstwo i na podobieństwo lekarzy tureckich trzymają rękę lub nogę chorego, lub chorej przez otwór, aby nie widzieć twarzy chorego a nieraz zadowalniaja się sznurkiem trzymanym przez chorego w ręku. Ta wstydliwość jednak niepokazywania obnażonych części ciała, lub brzydzenia się podania ręki brudnemu łamie-lekarzowi praktykuje się częściej u Rosyanek, leczących się u łamów, niż pomiędzy Mongoło-Buryatami. Po długiem badaniu chorego i rozpoznaniu, który z 3 pierwiastków zbuntował się w ciele, łama przystępuje do leczenia, przedtem przepowiedziawszy, czy chory umrze, czy żyć będzie. Cały arsenał leków podróżującego łamy przechowuje się w kieszeni w skórzanym, zaszmelcowanym woreczku, gdzie oprócz kilku leków zmiażdżonych na proszek i osobno zawiniętych, znajdują się małe szalki, wagi, kościana łyżeczka, parę takichże pałeczek, lancet i szklanna bańka. Wszystko to przechowuje się w stanie nadzwyczajnie zanieczyszczonym. Widziałem kilka razy podobne kieszonkowe łamajskie apteczki zabrane praktykującym łamom przez władze, domagające się orzeczenia o ich treści; to ostatnie nie zawsze jednak bywa możliwe. Głównemi spotykanemi w nich lekami, jak o tem powyżej wspomniałem, jest ma-

kowice i rumbarbarum. Systemu żadnego w leczeniu łamowie się nie trzymają. Zwykle jedno lekarstwo dają po drugiem jako zakończony lek, który musi pomódz, jak widać i po samej nazwie zadania, *zadacza*, jak to nazywa miejscowa ludność rosyjska a za które łamowie zabajkalscy każą sobie płacić od rs. 1 do 2. Jeżeli chory wypijając zadanie nie czuje się lepiej, to lekarz podając za każdym razem coraz to nowe, powiada, że jeśli to nie pomoże, to nic nie pomoże, i w końcu ucieka się do środków mistycznych, działających na wyobraźnię chorego, silnie go hipnotyzujących, jak zamawiania, modlitwy, praktyki religijne a wreszcie uroczystego *gurum*, które zresztą bywają stosowane u chorych tylko zamożnych.

Lekarze rosyjscy, praktykując tutaj, nieustannie muszą ścierać się z wpływami medycyny łamajskiej, której środki mało jeszcze w nią wtajemniczonego lekarza nieraz w błąd wprowadzają, maskując formę pierwotnego cierpienia. Latem w r. b. wieczorem byłem wezwany przez pijanego felczera do wychowanicy ochrzczonych Buryatów, jako mocno chorej, u której według jego opowiadań zgangrenowało rękę. Przybywszy na miejsce, znalazłem u niej zanogcicę wielkiego palca na prawej ręce ze znacznem obrzęknięciem i czerwonością całej ręki; najmniejsze dotknięcie jej sprawiało ból silny. Ciepłota ciała 41° C., chora nieprzytomna, bredziła miotając się na wszystkie strony. Na zapytanie moje, całkiem pijane otoczenie chorej poinformowało mię, że ból palca trwa dni 5, że udawała się przed paru dniami do lecznicy miejskiej, gdzie jej dano lekarstwo, lecz bez skutku i że w stan nieprzytomny popadła od wczoraj. Przypuszczając, że mam przed sobą zapalenie tkanki podskórnej z początkiem zakażenia krwi, zaproponowałem zrobić szerokie cięcie na miejscu będącem ogniskiem choroby, dla wypuszczenia ropy, lecz kiedy otaczający na to się nie zgodzili, przepisałem okłady z roztworu sublimatu i wewnętrznie kwas solny w wodzie, której chorej wlać nie było można. Odjechałem, przyrzekając odwiedzić ją nazajutrz rano. Po północy zjawił się, wytrzeźwiwszy się znacznie felczer, oznajmiając, że chora kona i że Buryaci, jak również on proszą, aby mogło się obejść bez sekcyi. Byłem tem bardzo zdziwiony, widząc sam chorą przed paru godzinami; odesłałem felczera, przyrzekając nazajutrz rano chorą odwiedzić z jednym z kolegów. Wielkie było moje zdziwienie, kiedyśmy dnia następnego znaleźli chorą zupełnie przytomną, z normalną ciepłotą ciała, ze znacznie zmniejszoną obrzękłością ręki i jej bólem; z palca po trochu odpływała ropa. Chora zeznała, że przez dni kilka przedtem była leczona przez łamę i wypiła kilka zadań (widocznie z makowcem) i wreszcie popadła w stan nieprzytomny; co z nią było następnie, nic nie pamiętała.

W drugim przypadku znowu byłem wezwany do 11-letniego syna pewnego mieszczanina, niepomiernie wysokiego na swój wiek, cery bladej, wątłej bardzo budowy. Chory był od paru tygodni; oglądało go przez ten czas po parę razy dwóch innych lekarzy. Chory uskarża się na silny ból głowy, nie może jej podnosić i opiera ją na rękach, twarz skrzywiona; nie może otwierać oczu i patrzeć na światło, stolce twarde, niekiedy wymioty, które w początkach choroby były częstszemi, apatya ogólna na wszystko, śpiączka, w nocy majaczenie i zgrzytanie zębami. Ciepłota ciała 40° C., puls przyśpieszony, język obłożony. W płucach, ani w organach brzusznych żadnych zmian nie znalazłem. Rodzice niepamiętali, aby chory kiedy w głowę się uderzył, lecz że był w szkole, gdzie często pomiędzy dziećmi bywają bójki, nie odrzucali tej możebności. Nie mogąc na razie zadecydować o cierpieniu chorego i przypuszczając, że mam przed sobą cierpienie opon mózgowych, przepisałem wewnętrznie kalomel, lód w pęcherzu na głowę i wanny ciepłe na nogi. Po paru dniach przepisałem jodek potasu. Jeszcze dni parę przeszło i chory zaczął przychodzić do siebie. Teraz dopiero rodzice chorego na moje pytania dali odpowiedź twierdzącą, że pacyent mój w ciągu paru tygodni był karmiony co dni parę łamskiemi zadaniami, nawet z jednocześnie branemi lekami według recept dwóch lekarzy, lecz kiedy stan zdrowia się nie polepszał, zaniechano wszelkich leków i udano się do mnie po radę. Nie mówiąc już o szkodzie, którą sztuka lecznicza łamajska sprowadza na zdrowie, lekarz przepisujący choremu lekarstwo w domach nieraz zamożnych i choć mających pozór cywilizowany na tych dalekich krańcach świata mongolskiego, nie może być pewnym, czy oprócz jego leków potajemnie chory nie zażywa leków łamajskich, maskujących nieraz właściwe cierpienie. Zatajenie prawdy przed lekarzem pochodzi z obawy o wydanie leczącego łamy, aby pomocnego człowieka nie pociągnięto do odpowiedzialności, jak również, by nie obrazić lekarza brakiem zaufania a razem z tem uchodząc za cywilizowanego, nie zdradzić się swoją ignorancyą, podobnie, jak to czyni w tajemnicy przed lekarzem niejeden z miejskiej naszej inteligencyi w kraju, zażywający jednocześnie środki przepisane przez lekarza i korzystający z rad znachora, kierując się tem przekonaniem, że jedno lub drugie pomoże. Po upływie choroby tylko niektórzy otwarcie zeznają, że udawali się po radę do łamy, choć nie przyznają, że on im mógł zaszkodzić, bo w nowej chorobie znowu do niego się zwrócą naprzód, zanim do lekarza, pomimo tego, że u lekarza otrzymają nietylko pomoc zadarmo, lecz i lekarstwo. Taka to jest siła ludzkiego przyzwyczajenia!

Oto w krótkich zarysach skreślona teorya medycyny tybetańskiej, przez swój związek i wpływ na inne przedstawiająca nie mało interesu dla poznania. Przez przetłómaczenie ksiąg świętych *Dandżur-Gandżur* poznanie jej uprzystępni się dla całego ucywilizowanego świata.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 19. Grudnia 1895 r.

— W dniu 18. b. m. odbyły się wybory w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na r. 1896.; wybrani: prezesem kol. Józef Surzycki, wiceprezesem kol. Józef Zanietowski starszy, sekretarzem dorocznym kol. Stanisław Ciechanowski, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* kol. Stanisław Domański; członkami komisyi redakcyjnej: koll. Alfred Obaliński, Napoleon Cybulski, Stanisław Ponikło i Leon Wachholz; delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. koll. Władysław Bylicki i Hilary Schramm; członkami komisyi kontrolującej koll. Jan Gwiazdomorski i Tomasz Mączka.

— Na mocy ustawy z 2. Lutego 1891. wezwał Wydział krajowy wszystkie wydziały powiatów, w których jeszcze nie przeprowadzono organizacyi lekarzy okręgowych, by przedstawiły wnioski należycie uzasadnione co do potrzeby utworzenia nowych okręgów sanitarnych. Równocześnie polecił Wydział krajowy wydziałom powiatów, w których już są okręgi sanitarne, zdać sprawę ze skutków czynności lekarzy okręgowych.

Na podstawie zdania sprawy wydziałów powiatowych postanowił Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek zaprowadzenia w dal-

szym ciągu 21 okręgów sanitarnych, po jednym w 21 następujących powiatach: chrzanowskim, jasielskim, grybowskim, bialskim, żydaczowskim, rzeszowskim, łańcuckim, ropczyckim, trembowelskim, złoczowskim, brzeskim, buczackim, myślenickim, kołomyjskim, jarosławskim, gródeckim, kossowskim, staromiejskim, brzozowskim, lwowskim i tłumackim.

Wydział krajowy sądzi, że teraz niepodobna jeszcze wyrzec stanowczego zdania o skutku czynności lekarzy okręgowych a to dla krótkości czasu; opinie wydziałów powiatowych są w tej mierze podzielone. Jedne usuwają organizacyę tę jako jeszcze przedwczesną i mało rokują z niej pożytku, inne zaś wyrażają się o niej z uznaniem i nie wątpią o jej dobrych skutkach w przyszłości. Zdaniem Wydziału krajowego instytucya lekarzy okręgowych jak każda rzecz nowa, musi przez pewien, niezbyt krótki czas funkcyonować, zanim w zupełności zdoła się przyjąć i błogą swoją czynnością wyrobi sobie uznanie, tudzież usprawiedliwi nadzieje, które Sejm do niej przywiązywał uchwalając ustawę. Główną przyczyną braku kandydatów na lekarzy okręgowych jest, zdaniem Wydziału krajowego, zbyt mała płaca, wynosząca najmniej 500 złr. według ustawy; tego *minimum* wydziały powiatowe trzymają się tak ściśle, że w całym kraju zaledwie kilku lekarzy okręgowych pobiera wyższą płacę i ci zostają stale na swych posadach, gdy inni przenoszą się z jednego miejsca na drugie dla lepszych widoków. Z końcem roku 1895. było zaprowadzonych 54 okręgów sanitarnych, z których jednak 13 nie jest czynnych z braku lekarzy.

Jeżeli nam wolno na tem miejscu własne wyrazić zdanie, to musimy oświadczyć, iż w żaden sposób nie można było spodziewać się odrazu zbyt wiele po instytucyi lekarzy okręgowych; raz, iż śmiertelność i chorobliwość ogólną obniżają w sposób w cyfrach widoczny nie tyle lekarze, ile reformy sanitarne i higieniczne a do nich znaczna część ludności dla braku dostatecznej oświaty jeszcze nie dojrzała, powtóre, iż wiele ludności, osobliwie we wschodniej części kraju nie czuje wcale potrzeby pomocy lekarskiej, nie wzywa jej a jeżeli wzywa, nie stosuje się do jej poleceń, bo albo nie rozumie ich znaczenia albo nie ma na nie potrzebnych środków a nakoniec i to rzecz najważniejsza, iż za tak niską płacę 500 złr. trudno na stałe dla bardzo wielu okręgów uzyskać lekarza. Kto ma ochotę zadowolnić się dochodem 500 złr. nawet, gdyby ten dochód nie łączył się z takimi trudami i niebezpieczeństwami dla życia i zdrowia, z jakiemi łączy się praktyka lekarska, osobliwie na wsi, ten oczywiście nie obierze sobie zawodu lekarza. Kto zaś zostanie lekarzem, ten jako człowiek z wykształceniem uniwersyteckiem i pewnemi a słusznemi wymaganiami nie prędko zdecyduje się iść nieraz na pustynię umysłową, by tam wieść życie za 500 złr. pełne trudów, niebezpieczeństwa od chorób zakaźnych a bez żadnych przyjemności i rozrywek umysłowych, do których przywykł w mieście uniwersyteckiem.

Dlatego uważając ideę niesienia pomocy lekarskiej ludności za pomocą lekarzy okręgowych za dobrą, musimy w interesie przedewszystkiem samegoż kraju domagać się znacznego powiększenia wynagrodzenia lekarzy okręgowych, w przeciwnym bowiem razie coraz trudniej będzie dostać kandydatów na posady, o których mowa, tem bardziej, że liczba uczniów Wydziałów lekarskich w Austryi zmalała obecnie znacznie (o 296 nie rachując przybytku przez otworzenie nowego Wydziału we Lwowie) a liczba słuchaczy medycyny na pierwszym roku w Krakowie i we Lwowie razem wzięta nie wynosi obecnie nawet połowy tego, co było dawniej w samym Krakowie. Samo przeto społeczeństwo odpowiedziało przecząco na pytanie co do potrzeby większej liczby lekarzy w kraju, lekarzy, którzy, biorąc rzeczy praktycznie, wchodzą w rachubę jedynie tylko dla ludności wzywającej ich pomocy i mogącej za nią płacić w sposób odpowiedni, t. j. godny stanowiska społecznego i naukowego lekarza tudzież wartości jego pracy.

Spodziewamy się, iż któryś z posłów lekarzy poruszy w mającej się niebawem rozpocząć kadencyi sejmowej te sprawy i doprowadzi je do pomyślnego rozwiązania w myśl uwag powyższych.

— W dniu 14. b. m. odbył się w Krakowie ku uczczeniu pamięci zmarłego niedawno prof. Oettingera wieczór muzyczno-deklamacyjny, który powiódł się pod każdym względem i świadczył o sympatyi, jaką cieszył się Zmarły.

— Wyszedł zeszyt 82. *Odczytów klinicznych* wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* w Warszawie i zawiera rzecz: *O zewnętrznem i wewnętrznem stosowaniu wód mineralnych* przez prof. E. Sacharyna w Moskwie w tłómaczeniu Ludwika Czarkowskiego z Wilna.

— Według doniesienia *Pharmaceutische Centralhalle* zapobiega trwale rozkładowi chloroformu, wystawionego nawet na wpływ rozpierzchłego światła dziennego dodanie 1‰ siarki amoniakiem oczyszczonej (*sulfur depuratum*), której działania jednak w tej mierze jeszcze nie wyjaśniono.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* nrze 50. J. Pruszyński: Działalność naukowa Ludwika Pasteura. W. Wróblewski: Krwotoki nosowe (dok.). H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (dok.). M. Żołędziowski: Dodatek do artykułu: Przyczynek do kazuistyki traumacznej pęknięć wątroby. B. Wnorowski: Dwadzieścia pięć przypadków błonicy leczonej zapomocą surowicy antydyfterycznej. Zdanowicz: *Atresia ani completa. Proctoplastica. Erypipelas.* K. Lidmanowski: Trzy przypadki błonicy wyleczonej surowicą Behringa. W *Kronice lekarskiej*, nrze z 1. Grudnia. J. Jaworski: Przypadek eklampsyi porodowej u epileptyczki, z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający. W *Medycynie*, nrze 50. K. Jasiński: Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewny; laparotomia, całkowite wycięcie macicy (dok.). B. Polikier: O sposobach badania mleka kobiecego.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. K. R. w K. Artykuł otrzymaliśmy; dziękujemy zań uprzejmie, wydrukujemy go najpodobniej do prawdy w Styczniu r. p. i prosimy o dokładny adres Szan. Kolegi.

Wny L. R. w P. List otrzymaliśmy i spełniliśmy polecenie; odpowiadamy osobnym listem co do szczegółów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1696/95.
WRp.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego Rybotycze z siedzibą w Rybotyczach obejmującego 18. gmin z ludnością 9972. na obszarze 164·2 klm. z płacą roczną 700 złr. w. a. i ryczałtem na koszta podróży służbowej 300 złr. w. a.

Kompetenci wykazać się mają:

1) poświadczeniem fizycznej zdolności;

2) prawem obywatelstwa austryackiego;

3) dyplomem Dra medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) świadectwem moralności;

5) znajomością języków krajowych i 2-letnią praktyką w zawodzie lekarskim;

Lekarz okręgowy winien będzie utrzymywać aptekę domową.

Stabilizacya nastąpi po roku nienagannej służby.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 20. Grudnia 1895.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Dobromil 13. Listopada 1895. 166—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIV. Kraków 28. Grudnia 1895 r. Nr. 52.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, także w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 187. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Przegląd lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1896. **rok trzydziesty piąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz, formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ — 2 arkuszy na tydzień **jak najregularniej.**

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim,*** tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Autorowie otrzymują bezpłatnie 25 odbitek ze swych prac; życzący sobie otrzymać większą ich liczbę zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć to wyraźnie, życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.

Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1896., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.*

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

I. O objawie przeponowym i jego znaczeniu klinicznem.

Napisał
Prof. W. Jaworski.

W r. 1892. ogłosił L i t t e n w *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 13, interesujące spostrzeżenie na klatce piersiowej pod nazwą o b j a w u p r z e p o n o w e g o *(Zwerchfellphänomen).* Ogłoszenie to nie zwróciło jednak na siebie uwagi; dlatego L i t t e n wystąpił w tej kwestyi z drugim artykułem w bieżącym roku we *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 5., obiecując bardzo znaczne korzyści dla dyagnostyki chorób płucnych.

Przez objaw przeponowy rozumie Litten widomą oznakę odlepiania się przepony od ściany klatki piersiowej podczas wdechu a przykładanie się jej napowrót podczas wydechu; oko bowiem dostrzega na dolnych częściach klatki piersiowej przesuwanie się c i e n i s t e j l i n i i *(schattenartige Linie)* na dół i w górę, wywołane przez ruchy przepony. Cień ten rozpoczyna się na wysokości szóstego przestworu międzyżebrowego i obniża się w postaci linii lub lekkiej bruzdy przecinającej żebra pod kątem ostrym na obszarze kilku przestworów międzyżebrowych a niekiedy aż do łuku żebrowego. Podczas wydechu wznosi się linia przez tę samą przestrzeń do góry. Przy najsilniejszym oddechu przebiega owa bruzda przez 2 do 3 międzyżebrza (około 6 cm.), przy powierzchownych zaś oddechach tylko przez 1—$1\frac{1}{2}$. Chociaż Litten mógł dostrzegać ten objaw w każdej postawie chorego, to poleca on jako najkorzystniejsze położenie następujące: Ułożyć chorego poziomo na grzbiecie z głową niepodniesioną, zwróconą twarzą do okna; obserwować zaś należy dolną część klatki piersiowej w odległości 3—4 kroków pod kątem 45°, zwróciwszy się grzbietem do okna. Najwyższą i najniższą granicę, do której dochodzi ruchoma linia, zaznacza się ołówkiem i tym sposobem otrzyma się granicę płuc podczas wdechu i wydechu b e z z a s t o s o w a n i a w y p u k u.

Jeżeli przestrzeń objawu przeponowego jest węższą niż 6 cm., to jest to oznaką zmiany patologicznej płuc; jeżeli zaś ona jest obniżona o 1—2 żeber, sądzi Litten, iż jest rozedma płuc. Jeżeli objawu z jednej strony brakuje a po drugiej występuje, to przypuszcza Litten wypocinę lub odmę opłucnową. Ze zachowania się objawu przeponowego jest w stanie Litten odróżnić wypocinę opłucnową od ropnia podprzeponowego; ocenia on także z niego stopień utrudnienia oddychania, jako też polepszanie się rozedmy płucnej pod wpływem pneumatoterapii a nawet był on w stanie z objawu przeponowego wykazać symulacyę u chorych uskarżających się na przeszkody w oddychaniu. Tyle Litten.

Takie w następstwa kliniczne obfite odkrycie zwróciło ma uwagę, zaraz od pojawienia się pierwszego ogłoszenia Littena i od dwóch lat śledziłem objaw przeponowy, skoro miałem przed sobą obnażoną klatkę piersiową. Jednak dostrzeżenie tego objawu po pierwszy raz nie przyszło mi tak łatwo, jakto Litten podaje, że go z łatwością na 5—6 tysiącach chorych dostrzegał. Minęło kilka miesięcy, nim się upewniłem przez wypukiwanie przestrzeni dopełniczej opłucnej, że objaw opisany przez Littena z pewnością dostrzegam. Według mego określenia objawu przeponowego, jest to linia pozioma po dolnych częściach klatki piersiowej przebiegająca, najlepiej w okolicach pachowych dostrzegalna, falisto się poruszająca, przy wdechu od siódmego żebra ku dołowi a za wydechem napowrót od dołu ku górze. Linia ta jest raczej wałem, aniżeli bruzdą, przebiegającym tak przez międzyżebrza, jak i przez żebra. Zjawisko to sprawia dla mnie u większości osób badanych pewne trudności w uchwyceniu go. U osób, które mają nieco więcej podściółki tłuszczowej tak, że przestwory międzyżebrowe są wypełnione, tego zjawiska ani razu nie dostrzegałem. Jedynie tylko u osób miernie odżywionych z przestworami międzyżebrowymi zapadłymi mogłem je dostrzedz. W postawie stojącej nie udało mi się ani razu widzieć tego objawu. Również nie mogłem go dostrzedz przy mocnem oświetleniu, jak to Litten poleca. Ja mogłem obserwować to zjawisko tylko w ten sposób, że kładłem osoby badane na grzbiet, głową przy oknie a rękami na głowie ułożonymi, sam zaś siadałem obok osoby z twarzą zwróconą do okna i obserwowałem dolną prawą lub lewą stronę klatki piersiowej, polecając choremu robić głębokie wdechy. Wpatrując się w dolną okolicę pachową, dostrzegamy podczas bardzo silnego wdechu, że żebra i międzyżebrza podnoszą się w górę, gdy równocześnie przez żebra i międzyżebrza przesuwa się ku dołowi lekko naznaczony, falisty wał; w czasie znów wydechu wraca on do góry, przebiegając obniżające się żebra i międzyżebrza.

Obserwacye robiłem z małemi wyjątkami tylko na mężczyznach a wyniki ich, licząc tylko te, które sobie ponotowałem, były następujące:

Na 105 osób objawu przeponowego

nie okazywało	45	osób
okazywało	60	„
z tych obustronnie	19	„
tylko po stronie lewej	39	„
tylko po stronie prawej	2	„

Nadmienić muszę, że w czasie obserwacyi oświetlenie lewej strony klatki piersiowej było korzystniejsze, niż prawej, co mogło wpływać na pominięcie objawu przeponowego po stronie prawej.

Tylko u 7 osób był objaw przeponowy przy zwykłem oddychaniu dostrzegalny; u reszty pojawiał się on dopiero po nasileniem.

U 5 osób z poważnemi zmianami w płucach objawu przeponowego nie dostrzegałem.

Wobec moich wyników objaw przeponowy nawet u osób zdrowych na płuca nie jest objawem stałym i nie przypisywałbym mu takiego klinicznego znaczenia, jak to czyni odkrywca. Należałoby chyba mieć zmysł spostrzegawczy doskonalszy, niż to ma średni obserwator. W każdym jednak razie to zajmujace zjawisko godne jest bliższej uwagi i zajęcia się nim.

W końcu nie zgadzałbym się na tłómaczenie tego zjawiska, jakie podaje Litten, że to przepona odrywa się od opłucnej ściennej. Widzialny wał falisty jest to podniesienie skóry przez dolny brzeg płuca, które przy wdechu wpada w dopełniczą przestrzeń opłucny (*sinus pleuralis*) a podczas wydechu ją opuszcza.

II. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Borntraeger: **O jednej z przypadkowych cech śmierci z utopienia.**

Wiadomo, jak trudno nieraz przy sekcyi ciała wydobytego z wody rozstrzygnąć, czy śmierć nastąpiła w wodzie, czy też dopiero po śmierci ciało do wody się dostało. Każdy objaw nowy jest cennym dla dyagnostyki w tym względzie. Obecnie zwraca B. uwagę na znachodzenie się treści pokarmowej z żołądka w oskrzelach i w krtani. Objaw ten wszakże jest nadzwyczaj rzadki; jeżeli się jednak znajdzie, może przyczynić się do rozjaśnienia przyczyny śmierci. Tak Casper-Liman, jak i Hofmann nie uwzględnili tego objawu, Seydel tylko napomknął nieco o nim. Naegeli dopiero opisał dwa ciekawe przypadki śmierci w wodzie nie z powodu uduszenia. Przypadki te tyczyły się dwóch silnych i umiejących pływać ludzi, którzy po doskonałym obiedzie poszedłszy się kąpać utonęli.

Przy sekcyi znaleziono w oskrzelikach, w oskrzelach, krtani, tchawicy części pokarmowe, podobne do znajdujących się w żołądku. Na podstawie tego obrazu sekcyjnego wydał Naegeli orzeczenie, że owi mężczyźni nie utonęli, lecz się zadusili treścią pokarmową, aspirowaną wśród wymiotów wywołanych uderzeniem fal wody o powłoki brzuszne.

Borntraeger nie godzi się na tłómaczenie wszystkich podobnych przypadków w sposób Naegelego i usiłuje wykazać, czy też przypadkowo wymioty nie mogą się jawić z innych przyczyn w czasie topienia się. W kazuistyce Caspra-Limana znalazł kilka przypadków śmierci z utopienia, w których przy sekcyi znaleziono w oskrzelach części pokarmowe. Przypadki owe tłómaczy B. w ten sposób, że w drugim okresie topienia się podczas duszności, gdy następują silne nadzwyczaj wdechy, nastaje wyparcie treści z żołądka, czyli powstają wymioty. Wymioty powstają tem łatwiej, im żołądek jest pełniejszy, im więcej topiący się ma do nich skłonności. Gdy wymioty raz się pojawią, właśnie z powodu silnych wdechów w drugiem stadyum występujących, nadzwyczaj łatwo następuje wciągnięcie treści pokarmowej do płuc. Znalezienie więc przy obdukcyi treści pokarmowej w płucach, zdaniem B., wyklucza dostanie się denata po śmierci do wody a z największą pewnością każe przypuszczać zajście śmierci w wodzie.

Autor przechodzi następnie wszystkie możliwości, któreby osłabiły powyższe przypuszczenie, zbija je a w końcu streszcza swe zapatrywanie w następujących zdaniach:

1) U tonących występują niejednokrotnie wymioty, szczególniej w razie wypełnienia pokarmami żołądka; czasem mogą wymioty wystąpić samoistnie wraz z omdleniem u kąpiących się i mogą stać się przyczyną utopienia się, względnie śmierci we wodzie. Obraz sekcyi w obu razach jednaki.

2) Obecność treści pokarmowej w narządzie oddechowym u utopionych przemawia za śmiercią w wodzie i to obecność tejże treści w płucach i w oskrzelach drobnych przemawia za nią z wszelką pewnością; obecność zaś jej w jamie ustnej, gardzielu, tchawicy, przemawia tylko z prawdopodobieństwem za śmiercią w wodzie. *(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen.* Tom X., Zeszyt dodatkowy, 1895). *Dr. Edward Piotrowski.*

Paul: Otrucie kwasem azotawym przez wziewanie.

Z trzech robotników zajętych przy czyszczeniu komory ołowianej z osadu zawierającego kwas azotawy zapadł jeden ciężko na zdrowiu po $1^1/_2$ godzinnej pracy. Objawami zatrucia były: ustawiczny kaszel, wykrztuszanie obfitej, żółtej, pienistej wydzieliny, duszność; następnego dnia wystąpiły liczne rzężenia w płucach, wykrztuszanie wydzieliny pienistej barwy popłuczyn mięsnych, wreszcie wśród znacznego osłabienia czynności serca śmierć.

Sekcya wykazała mocne rozpulchnienie i silne nastrzykanie błony śluzowej gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli, nadto obfitą ilość gęstego, pienistego śluzu powlekającego błonę śluzową wymienionych narządów; serce wypełniała uderzająco ciemna krew częścią płynna, częścią wiotko skrzepła, pod opłucną znaleziono liczne, świeże wynaczynionki, w płucach obrzęk znacznego stopnia, w błonie śluzowej dna żołądka krwawe nadżerki. *(Wiener klin. Wochenschrift.* 1895. Nr. 38). *Wachholz.*

Brüll: Kwilenie śród macicy przy położeniu miedniczem.

W przypadku, w którym dwie akuszerki daremnie usiłowały dobyć płód znajdujący się w położeniu miedniczem, słyszał B., podobnie jak i obie akuszerki, zdala nawet słyszalne kwilenie dziecka w łonie matki. Miednica dziecka była ustawiona we wchodzie miednicy matki a drugi płód, była to bowiem ciąża bliźniacza, już obumarł. Omawiając powyższy przypadek, zestawia autor okoliczności, wśród których może nastąpić kwilenie płodu wśród macicy. Okoliczności te są:

1) Przerwanie krążenia łożyskowego.

2) Wniknięcie powietrza do jamy macicy.

3) Brak wód płodowych lub korzystne ich rozmieszczenie ze względu na ujścia narządu oddechowego płodu. *(Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 39. 1895). *Wachholz.*

Choroby nerwowe.

A. Pitres: O niemocie (*aphasia*) u osób władających kilkoma językami.

Postrzeżenia kliniczne wykazały już nieraz, że u osób władających kilkoma językami w razie pojawienia się afazyi taż afazya nie występuje w równym stopniu co do słów w różnych językach.

Autor miał sposobność spostrzegania i studyowania afazyi skutkiem napadu apoplektycznego u 7 osób władających kilkoma językami.

Z tych jego spostrzeżeń wypada, iż jeżeli w pomyślnych przypadkach afazya ustępuje, ustępuje ona w pewnych językach pierwej, niż w drugich i że najczęściej, jednak niezawsze, ustępuje ona naprzód z języka ojczystego. Powrót do władania językiem każdym z osobna odbywa się najczęściej w ten sposób, że chory naprzód odzyskuje rozumienie słów słyszanych a dopiero potem zdoła je wymawiać.

Powrót do stanu prawidłowego nie zawsze bywa zupełny. Zdarza się, iż chory odzyskuje władzę naprzód rozumienia, następnie mówienia językiem, którym za zdrowia władał najbieglej; w innych przypadkach chorzy mogą rozumieć jeden lub nawet kilka języków, lecz nie mogą niemi mówić. *(Revue de medecine.* Listopad 1895). *R.*

Chirurgia.

Bertillon: Statystyka przepuklin (*herniae*).

Częstość przepuklin nie zależy od rasy, lecz wydaje się, ma związek ze stopniem zamożności. Popisowi paryscy, przybywający z okręgów zamożnych, rzadziej miewają przepukliny, niż pochodzący z okręgów ubogich.

Najwięcej okazują usposobienia do przepuklin piwowarzy, piekarze, garbarze, młynarze, kapelusznicy, farbiarze, hutnicy i ślusarze, daleko zaś rzadziej trafiają się przepukliny u szewców, tokarzy, blacharzy, zegarmistrzów, złotników w ogólności w zawodach pracujących siedząco.

Z uwięźnięnia przepukliny umiera o wiele więcej chłopców, niż dziewcząt. Uwięźnienie przepukliny jest w ogólności rzadkie od 5. do 15. roku życia. Począwszy od 40. roku uwięźnienie przepukliny staje się coraz częstszem. *(La Semaine medicale.* 60. 1895). *R.*

Psychiatrya.

Haushalter i Guérin: Przypadek niedołęstwa umysłowego (*idiotismus*) bez obrzęku śluzakowego, poprawiony przez zadawanie substancyi gruczołu tarczykowego.

Przypadek ten tyczy się chłopca od urodzenia umysłowo niedołężnego, sześć lat liczącego z objawami postępującego charłactwa, nabrzmieniem twarzy, zgrubieniem skóry na przedudziach i osobnym rodzajem białka (nukleoalbuminu) w moczu. Pod wpływem leczenia substancyą gruczołu tarczykowego ustąpiły objawy fizyczne choroby. Uwagi godną jest rzeczą, że obmacaniem nie można było w tym przypadku wykazać ani śladu gruczołu tarczykowego. *(La Semaine médicale.* 4. Grudnia 1895). *R.*

Bakteryologia.

Lazarus: Elsnerowska metoda wykrycia prątka durowego i jej kliniczne zastosowanie.

L. sprawdzał na materyale złożonym z 5 chorych na dur i 16 ozdrowieńców podany przez Elsnera sposób wykrycia prątka durowego. Polega on na użyciu pożywki Holza, złożonej z kwaśnej żelatyny z ziemniakiem i 1% jodku potasu, na której niewiele tylko drobnoustrojów się rozwija. *Bacterium coli commune* rośnie jednak na niej bardzo bujnie, prątek durowy zaś bardzo powoli tak, że pierwsze jego kolonie widać dopiero po 48 godzinach; tą różnicą szybkości rozwoju daje się użyć do rozpoznania. Elsner sam wypróbował swoją metodę, używając sztucznych mieszanin różnych drobnoustrojów i w 17 przypadkach duru. W 15 z tych przypadków można było dowolnie w najróżniejszych okresach choroby odosobnić tym sposobem prątek durowy. U 5 chorych Lazarusa rzecz miała się tak samo; nadto u 3 z pomiędzy badanych ozdrowieńców, u jednego nawet w 41 dni po ustąpieniu wszelkich objawów gorączkowych, wykazał sposób Elsnera w prawidłowo wyglądającym kale właściwy prątek, którego tożsamość dalsze próby z czystą hodowlą zupełnie potwierdziły. W stolcach osób zdrowych, stykających się z badanymi chorymi L. ani razu obecności prątka durowego nie wykazał. Pomimo, że na pożywce Holza oprócz *bacterium coli* i prątka durowego rosną dość obficie pleśnie a czasem nawet bardzo obficie, jak L. sam się uskarża, rozpuszczające żelatynę saprofity, to jednak, zdaniem L., metoda Elsnera może oddać wyborne usługi nietylko w badaniach higienicznych, ale i klinicznych, nawet osobom znającym jedynie ogólne zasady techniki bakteryologicznej. *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 49. 1895). *Dr. Ciechanowski.*

Okulistyka.

Katz: Czucie światła zupełne w zaćmieniach środków łamiących oka.

Wrazie obecności grubych zaćmień środków łamiących możemy się tylko przekonać, czy czynność nerwu wzrokowego niezupełnie ustała, jednakże cierpień nerwu wzrokowego rozpoznać nie możemy. Jeśli przy zamknięciu powiek, zatem w tych samych stosunkach, jak w razie zaćmy soczewki lub grubej blizny rogówkowej ustawimy w odległości jednego metra w pokoju zaciemnionym światło (świecę) a w odległości pięciu metrów drugą, to oko o zupełnie prawidłowym nerwie wzrokowym dostrzeże różnicę oświetlenia, jeśli tę drugą świecę, znajdująca się w odległości pięciu metrów, kolejno będziemy odkrywać i zakrywać. Ponieważ światło drugie o 5 metrów odległe oświeca 25 razy słabiej oko badane, niż światło pierwsze, zatem różnica w natężeniu światła wynosi $^1/_{25}$. Taką różnicę oko prawidłowe rozpoznać powinno a różnicę tę nazywa Bjerum czuciem światła zupełnem (*totaler Lichtsinn*). Oko z zaćmą lub grubą blizną rogówkową, zresztą zupełnie prawidłowe (dno oka) rzeczywiście odczuwa tę różnicę mniej więcej; tak się przynajmniej K. na mocy swych doświadczeń przekonał; oczy zaś, które wobec zaćmy lub innego cierpienia środków łamiących odczuwały różnicę oświetlenia za odkrywaniem i zakrywaniem światła drugiego, dopiero ustawionego w mniejszej odległości, niżli 5 metrów, okazywały jakieś cierpienie na dnie oka. Byłby to zatem doskonały sposób dla dokładniejszej, niż obecnie dyagnozy. Pokój musi być całkiem ciemny, gdyż w półcieniu dla oka zdrowego odległość światła drugiego musi być mniejszą. (*Zehender's klin. Monatsblätter.* Listopad 1895). *Dr. Brudzewski.*

Zapiski terapeutyczne.

149. F. Ahlfeld (prof.): Desinfekcya palca i ręki przed badaniem i działaniem w położnictwie (z uniwersyteckiej kliniki ginekologicznej w Marburgu). Pierwszy Zweifel wykazał w końcu roku zeszłego, że przepisy desinfekcyi dla akuszerek, znajdujące się w podręcznikach dla nich przeznaczonych są częścią niedostateczne, częścią nie do wykonania i polecił uczniowi swemu, Reinickemu zbadać wartość rozmaitych sposobów desinfekcyi. Reinicke spełnił dokładnie poruczone sobie zadanie i przyszedł do przekonania, że za pomocą używanych teraz, chemicznie działających środków przeciwgnilnych nie można w czasie w praktyce dozwolonym i w sposób nie nadwerężający skóry desinfekcyonować rąk w każdym razie całkiem bezpiecznie; wykazał natomiast, że przez czyszczenie rąk przez 5 minut wodą gorącą, mydłem i szczotką a następnie wycieranie szczotką w 90% mniej więcej alkoholu można z największem podobieństwem do prawdy wyjałowić ręce zupełnie. Bezpiecznej desinfekcyi na poczekaniu (pospiesznej) można dokonać przez wycieranie szczotką w wyskoku przez pięć minut.

Otóż sprawdzeniem tych pod względem praktycznym bardzo ważnych szczegółów, podanych przez Reinickego zajął się autor w swej klinice i użył do swych doświadczeń 215 różnych osób, mianowicie 121 akuszerek i uczennic, 88 praktykantów klinicznych licząc do nich 4 lekarzy praktycznych, 5 lekarzy zakładowych i siebie samego. W 100 mniej więcej posiedzeniach dokonano więcej niż 1000 desinfekcyj, biorąc do badania bakteryologicznego za każdą desinfekcyą po 2 lub 3 próby. Autor opisuje dokładnie całe swe postępowanie w celu udowodnienia, jak ściśle postępował w owych doświadczeniach; z obszernego w tej mierze opisu przytaczamy tylko najważniejsze szczegóły.

Doświadczenia robiono prawie wszystkie w nowej sali porodowej, urządzonej według wszelkich prawideł aseptyki. Do opłukiwania używano wody źródlanej z wodociągów miejskich, ogrzewanej we właściwych kotłach przynajmniej do 80° C, dochodzącej do sali porodowej z temperaturą 50 do 70° C. a używanej do opłukiwania rąk w ciepłocie 35 do 40° C.

Prócz tego był zawsze zapas wody wyjałowionej w przyrządzie Fritscha a gotowanej przez pół godziny (100° C.).

Osoby użyte do doświadczeń nie używały przed niemi żadnych środków desinfekcyjnych. Szczególniejszą wagę przykładano do oddalenia brudu, osobliwie z pod paznogci, z pod których go usuwano wyjałowionemi patyczkami według zalecenia Fürbringera. W celu samegoż badania bakteryologicznego odcinano kawałeczki patyczków użytych do czyszczenia paznogci i wkładano je do odpowiedniej pożywki.

Naprzód spróbowano w 17 posiedzeniach a 59 desinfekcyach roztworu sublimatu 1‰ i przekonano się, że w największej liczbie doświadczeń środek ten bez alkoholu nie wystarcza do zupełnego, całkiem pewnego wyjałowienia rąk.

W dalszym ciągu użyto kwasu karbolowego i 3% roztworu krezolu z mydłem po równych częściach (zatem $1^1/_2$% krezolu) a między oczyszczenie a desinfekcyę wsunięto alkohol.

Najlepszy rezultat uzyskano przez oczyszczenie naprzód gruntowne wodą, mydłem i szczotką a następnie przez wytarcie flanelą zmaczaną w mocnym wyskoku i przekonano się, że nawet u uczennic uzyskano w 98·1% przypadków zupełne wyjałowienie palca.

Że w ten sposób bez użycia właściwych środków desinfekcyjnych można dojść do zupełnego wyjałowienia palca lub ręki, jestto okoliczność bardzo ważna, używanie bowiem szczotki, 3—5% roztworu kwasu karbolowego, krezolu i t. d, robi skórę szorstką i utrudnia późniejszą jej desinfekcyę. Wprawdzie i alkohol bezwodny atakuje skórę i prowadzi do jej szorstkości, skutek ten jednak da się w znacznym stopniu złagodzić, jeżeli po badaniu włoży się rękę na pewien czas do ciepłej wody, obmyje następnie dobrze mydłem, opłócze i wytrze zupełnie suchym ręcznikiem przed wyjściem na powietrze, osobliwie w zimie.

Autor przekonał się, że postępując w sposób co właśnie opisany nawet w przypadkach, gdy ręka stykała się przedtem z mikroorganizmami chorobotwórczemi, jak posokującemi rakami, włókniakami i t. d. w 97·4% przypadków udało się zupełne wyjałowienie.

Rozumie się zresztą, iż pewność desinfekcyi zależy w znacznym stopniu od wprawy i właściwości skóry na rękach.

Nakoniec wnosi autor ze swych doświadczeń, że alkohol wtedy tylko wyjaławia na pewno, jeżeli skórę ręki zmiękczono przedtem wodą.

Ostatecznie na podstawie wszystkich swych doświadczeń i postrzeżeń podaje autor, względnie zaleca następujące sposoby desinfekcyi rąk lub samych tylko palców.

A. Proste oczyszczenie ręki.

Po przycięciu, obrównaniu i oczyszczeniu paznogci oczyszcza się ręce gruntownie przez obmycie w wodzie bardzo ciepłej z mydłem i wyciera je następnie szczotką lub też nie wyciera, potem opłukuje wodą czystą a w końcu wyciera całą rękę, mianowicie zaś palec mający służyć do badania płatkiem flaneli wielkości dłoni w alkoholu 96%. Przez stosowne ruchy palców należy starać się o to, by alkohol dostał się także pod rąbek paznogcia.

Tak wyjałowiony palec służy wprost, t. j. bez żadnego pomazywania do badania.

Takie proste oczyszczenie wystarcza, jeżeli rozchodzi się o badanie położnicze jednym palcem, pod warunkiem, że skóra ręki nadaje się do takiej desinfekcyi i że nie stykała się poprzednio z bardzo jadowitemi mikroorganizmami.

B. Ścisłe oczyszczenie rąk.

Dokładne obmycie ręki i ramienia szczotką i mydłem, w wodzie bardzo ciepłej, przynajmniej przez pięć minut. Paznogcie na-

leży czyścić tak przed obmyciem jak i podczas niego.

Następnie należy wycierać rękę i ramię szczotką lub flanelą przez 5 minut w wyskoku 90%, przyczem trzeba czyścić każdy palec z osobna, jak to już podano poprzednio przy prostej desinfekcyi.

Tak wyjałowionej ręki używa się wprost do operacyj położniczych i wprowadza ją do części rodnych.

Tego ścisłego oczyszczania potrzeba naprzód u osób ze skórą szorstką, trudną do desinfekcyi, tudzież w razie, jeżeli ręka stykała się poprzednio z jadowitemi mikroorganizmami chorobotwórczemi. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 19. Grudnia 1895)

150. K. J. Cumston: Leczenie wiewióra (*gonorrhoea*) u mężczyzn wstrzykiwaniem nadmanganezanu potasowego *(kali hypermanganicum)* do cewki moczowej. Autor idąc za Janetem używał w dwóch ostatnich latach w wiewiórze wstrzykiwania nadmanganezanu potasowego do cewki moczowej, jest ze skutku bardzo zadowolniony i sposób ten zaleca bardzo gorąco. Z początku, gdy zajętą jest tylko przednia część cewki, uważa za rzecz zbyteczną przestrzykiwać pęcherz moczowy. Do przestrzykiwania przedniej części cewki używa cewnika gumianego z guziczkiem stożkowatym, nie przedziurawionego w środku, lecz zaopatrzonego w trzy otworki u podstawy stożka, skierowane ku światłu przedniej części cewki. Autor używa rozczynu 1 : 3000 o temperaturze krwi. Przepłukiwanie odbywa się raz dziennie i to za każdym razem litrem płynu, przyczem irygator znajduje się w wysokości około 90 cm. nad chorym. Średnio trwa to leczenie 15 dni. *(Journal. of cut. and genito-urin. diseases.* Nr.10. 1895).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 13. Listopada 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 42.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia zgromadzonym jako gości: PP. Radcę Merunowicza, Dyrektora Rottera, Starszego inżyniera Ingardena, Chrząszczewskiego, Bandrowskiego.

Kol. Bujwid mówi o wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych przez podkomisyę wodociągową. Skreśliwszy w krótkości historyę wodociągów krakowskich poczynając od najdawniejszych czasów aż do obecnej doby, przedstawia prelegent wyniki prac ostatnich, mianowicie: poszukiwania w dolinie Białuchy nie doprowadziły do wyników pomyślnych a w dolinie Sanki teren był mniej odpowiedni. Próbne wiercenia w dolinie Wisły są pomyślne; woda zawiera tylko ślad kw. azotowego. W terenie budzyńsko-cholerzyńskim próbne wiercenia wykazały, że woda znajduje się pod 15 m. grubą warstwą ziemi, woda wszędzie na całym terenie jest dobra, teren ten otoczony przez góry zabierzowskie dzieli się na dwie nierówne części, wynosi 17 klm. kw. a licząc i wzgórza 36 klm. kw. Obliczając ilość wody pokazałoby się, że wystarczy 4% całej tej wody, jakiej teren dostarczyć może, aby Kraków zaopatrzyć w wodę licząc 100 litrów na dobę i głowę. Dalsze badania mające na celu dokładne ilościowe określenie wody, prowadzą się za pomocą wielkich, głębokich studzien.

W dyskusyi inżynier starszy, Ingarden przedstawiwszy tabelę rozbiorów wody z wierconych, próbnych studzien w porównaniu ze składem chemicznym, oznaczonym przez kongresy higieniczne, jako przykład dobrej wody, sądzi, że najlepsza woda jest ze studni pod Bielanami Nr. 4. Tegoroczne wiercenia wykazały wodę zupełnie odpowiednią na całym terenie bielańskim; woda ta nie jest wiślaną, lecz przeciwnie dąży od gór bielańskich do Wisły, ma twardość większą od Wiślanej i poziom jej wyższy o kilka metrów od poziomu Wisły.

Co do ilości wody, to z tego tylko terenu wystarczy zupełnie na obecną liczbę mieszkańców Krakowa; według obliczeń z r. 1890 należy mieć przynajmniej 12000 mtr. sześc. wody na dobę, jeszcze ze względu na przyszłe powiększenie się miasta trzeba przyjąć 14000 mtr. sześc., tak że na 30 lat naprzód, t. j. do 1925 r. wystarczy wody dla całej przyszłej ludności Krakowa; obecnie 7 studzien na terenie bielańskim wystarczy do zaopatrzenia Krakowa. Na drugim terenie budzyńskim, na którym założono kilka studzien próbnych, wykazano znakomite stosunki gruntowe, grube warstwy iłu, karpackiego żwiru; okazało się nadto, że teren ten jest dalszym ciągiem terenu cholerzyńskiego, gdzie pod warstwą 20 do 25 mtr. ziemi znajduje się woda; wnosić więc można, że zasięk tej wody musi pochodzić z dalszej okolicy, ciśnienie bowiem w tych studniach dochodzi do 1 atmosfery (6 - 12 mtr. słupa wody). Woda więc z terenu budzyńskiego odpowiada wszelkim wymaganiom. Zakład wodociągowy według projektu mówcy stanąłby na terenie bielańskim, do którego doprowadzoną będzie woda z terenu budzyńsko-cholerzyńskiego.

Radca Merunowicz sądzi, że droga, na której jest komisya, będzie dobrą dla miasta, mniema jednak, że im teren jest mniejszy, tem łatwiej uchronić go od zewnętrznego zanieczyszczenia; nadto im mniejszy teren, tem tańszą woda, lepiej więc ujmować wodę tylko z terenu bielańskiego, do czego korzystniejszym, według zdania mówcy, byłby system Lindleya, polegający na całym systemie cienkich rur, za pomocą których z małego terenu ujmuje się więcej wody niż za pomocą głębokich studzien, jak to poucza przykład Frankfurtu, gdzie 56 hektarów terenu wystarcza na połowę miasta (druga ma źródlaną wodę).

Inżynier starszy Ingarden odpowiada, że w szczegóły się nie wdawał, wspominał jednak, że studya dalsze pokażą, co będzie lepsze, czy studnie czy system Lindleya; ostatni jest drogi i trudny do wykonania a w skutkach niepewny.

Kol. Bujwid: co się tyczy możebności łatwiejszego zakażenia większego terenu, o czem wspominał Radca Merunowicz, sądzi, że jeżeli woda płynie pod grubą warstwą iłu, żwiru i piasku, to stanowią one tak wyborny naturalny filter, że obszar terenu nie może wchodzić w rachubę.

Kol. Surzycki zapytuje się prelegenta, zkąd są takie niedokładności w tablicach przedstawiających wyniki badań składu wody przez prof. Bujwida i p. Albertiego, zwłaszcza co do amoniaku i kw. azotawego i czemu to należy przypisać. Prof. Bujwid w niektórych rozbiorach nie znajduje amoniaku a p. Alberti w wodzie branej prawie jednocześnie go wykrył. Również i w ilości chloru są znaczne różnice. Zwraca też uwagę kol. Surzycki, że twardość niektórych wód jest nader mała, n. p. 3,5 — 3,8 — 4,2 (skali niemieckiej), kiedy Wisła ma twardość od 3 — 4 a sam prof. Bujwid stawia jako normę 10. Czy więc ta mała twardość wody nie jest szczegółem ważnym w ocenieniu dobrej i smacznej wody.

Kol. Bujwid odpowiada, że różnice te są przypadkowe i zależą od zanieczyszczenia próbnych ilości wody. Na zakończenie kol. Przewodniczący dziękuje komisyi wodociągowej za przedstawienie swych wyników badania. Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

IV. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 24. Grudnia 1895 r.

— **Od redakcyi.** Kończąc z numerem niniejszym trzeci rok swej pracy około *Przeglądu lekarskiego* dziękujemy Współpracownikom za skuteczną pomoc a Czytelnikom za wyrozumiałość i pobłażanie i prosimy Tych i Tamtych o zachowanie i nadal dla nas względów koleżeńskiej przychylności.

Pismo, które skończyło 34 lata swego życia, miało czas wyrobić sobie program i wie, dokąd dąży. Nie myślimy przeto i w nadchodzącym roku żadnych stanowczych zmian robić w swem piśmie.

Tak życzliwie przyjęty przez ogół dział Zapisków terapeutycznych, w którym uwzględnialiśmy nie tylko najnowsze zdobycze nauki i doświadczenia, ale i nieraz nieuwieńczone jeszcze skutkiem dążności na tak ważnem polu

lecznictwa, utrzymamy i nadal; natomiast spełniając życzenie od wielu poważnych kolegów zawodowych nas doszłe, zamierzamy więcej, niż dotychczas poświęcić miejsca dyagnostyce podając w streszczeniu najnowsze prace w tym względzie ogłaszane.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Autorowie życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu chorób ucha, gardła i krtani były referowane w *Archiv f. Ohrenheilkunde*, zechcą łaskawie przysyłać odbitki prac swoich pod adresem:

Dr. R. Spira,
przy ulicy Dietlowskiej 52. w Krakowie.

— Od roku przyszłego obejmuje wydawnictwo *Przewodnika higienicznego* w miejsce prof. Dra Henryka Jordana Dr. Paweł Radecki, który to pismo już w ostatnich latach redagował.

— Rada gminna podhajecka nadała obywatelstwo honorowe Podhajec Drowi Zygmuntowi Dzikowskiemu, obecnie lekarzowi powiatowemu w Przemyślu, za jego dzielną i skuteczną czynność w powiecie.

— Według zdania sprawy złożonego przez Monoda na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu w dniu 17. b. m. przedstawia się wpływ surowicy właściwej na śmiertelność z błonicy w 108 miastach francuskich, liczących więcej niż po 20.000 ludności w pierwszem półroczu roku bieżącego w porównaniu z pierwszem również półroczem lat 1888—1894. w sposób następujący: Umarło

	średnio w 1888—1894.	w roku 1895.
w Styczniu	469	205
w Lutym	466	187
w Marcu	499	155
w Kwietniu	442	160
w Maju	417	113
w Czerwcu	333	84
Razem	2626	904

co odpowiada zmniejszeniu się śmiertelności o 65·6%. Szkoda tylko, że dla dokładnego porównania brakuje cyfr odnoszących się do chorobliwości na błonicę.

W miesiącach Listopadzie i Grudniu 1894., tudzież Styczniu 1895. rozesłał instytut Pasteurowski 50000 rurek ze surowicą przeciwbłoniczą po całej Francyi.

Jeżeli się przypuści, że śmiertelność z błonicy zmniejszyła się w całym kraju w tym samym stosunku, co w owych 108 miastach, to w takim razie przez zaprowadzenie leczenia błonicy surowicą zmniejszyła się liczba przypadków śmierci z tej choroby w całej Francyi rocznie o 15000.

— Komitet główny XII. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, mającego się odbyć w Moskwie w roku 1897. składają: prezes prof. Klein, wiceprezes prof. Koszewnikow, podskarbi prof. Filatow, sekretarz jeneralny prof. Erisman, sekretarze proff. Diakonow, Tychomirow, Neydig, członkowie proff. Ostroumow i Korsakow. Rząd rosyjski dał na urządzenie kongresu 30000 rubli.

— Z końcem roku 1894. wychodziło w Paryżu 177 pism lekarskich, z końcem zaś roku bieżącego 199, przybyło więc 22 w jednym roku 1895.

— Rada gminna w Dôle, miejscu urodzenia się Pasteura postanowiła wznieść zmarłemu uczonemu w tem mieście pomnik, przeznaczając nań 5000 franków, utworzyła w tym celu komitet, w którym honorowe przewodnictwo objął prezydent Rzeczypospolitej francuskiej, i wzywa do składek, które należy przesyłać pod adresem: *Poliny, Président du Tribunal du commerce à Dôle (Jura).*

— Wydawany przez Dra Billingsa *Index medicus* ma od przyszłego roku znów wychodzić dzięki gronu lekarzy, którzy złożyli na ten cel znaczne fundusze.

— Jakkolwiek ze stanowiska sanitarnego nie można zakazać wyrabiania należytego i sprzedawania margaryny czyli tak zwanego masła sztucznego, to jednakowoż nie ma najmniejszej wątpliwości, że nie godzi się pozwalać, by w miejsce prawdziwego masła podsuwano produkt sztuczny, w każdym razie od masła i gorszy i znacznie tańszy. Dlatego kontrola nad sprzedażą masła jest konieczna, ale trudna. Z przyjemnością przeto trzeba powitać pomysł chemika Dra Bischoffa, który na polecenie prezydenta policyi berlińskiej obmyślił przyrząd dozwalający w krótkim czasie rozróżnić masło naturalne od margaryny i od jej mięszaniny z masłem prawdziwem. W przyrząd ten zaopatrzono urzędników powołanych do kontroli nad masłem sprzedawanem w Berlinie, wszystkie tamtejsze hale targowe i rzeźnie miejskie. Zaletą przyrządu Dra Bischoffa jest, że jest wcale niedrogi (od 5 do 5 marek) i że go może użyć także sama publiczność dla ochronienia się od szkody. Przyrząd, o którym mowa, znajdzie się niewątpliwie wkrótce w Krakowie a wtedy będzie sposobność do przekonania się o jego praktyczności.

— **Miejsce dla lekarza.** Potrzeba lekarza do Lipska, miasteczka z ludnością 3000, przeważnie izraelicką w powiecie iłżeckim, gubernii radomskiej. Lekarz otrzyma 150 rubli rocznie a aptekarz da mu bezpłatnie stół. Bliższej wiadomości udzieli p. A. Lenczewski, aptekarz miejscowy.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* nrze 51. S. Mintz: O czynnościach żołądka w raku przełyku. J. Pruszyński: Działalność naukowa Ludwika Pasteura (ciąg dalszy). W. Wróblewski: Krwotoki nosowe (ciąg dalszy). A. Kohn: Dwa przypadki krwawiących polipów przegrody nosowej. — W *Medycynie*, nrze 51. T. Solman: Doszczętna operacya przepukliu pachwinowych podług sposobu Kochera. B. Polikier: O sposobach badania mleka kobiecego (ciąg dalszy). — W *Przewodniku higienicznym* nrze 12. nie ma żadnego artykułu oryginalnego.

Do Nru niniejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Już wyszedł z druku

Kalendarz lekarski krakowski

na rok 1896.

150—3—3

Zawiera: Kalendarz kościelny, podręcznik terapeutyczny, rozbiór chemiczny moczu, otrucia ostre i sposób ratowania w tychże, tablica brzemienności, kąpiele z dodatkiem środków lekarskich, warunki przyjmowania chorych obłąkanych do zakładów publicznych lub krajowych, **spis środków lekarskich officynalnych i ważniejszych nieofficynalnych, wiadomości zawodowe, poszukiwania prątków gruźliczych, błoniczych, o stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej,** uwagi sądowo-lekarskie, uwagi o oględzinach i sekcyi sądowej zwłok, władze sanitarne w Galicyi, Izby lekarskie, służba zdrowia w Galicyi i t. d. i t. d.

Do nabycia w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie

po cenie 1 złr. 60 ct.

Pigułki i Tabletki po 0·3 gr. świeżego gruczołu w słoikach po 50 i 100 sztuk.

Nazwa zastrzeżona

THYRADĒN

(jedna część Extractu Thyreoideae Haaf i 2 części świeżego gruczołu tarczykowego)

bez zapachu sporządzony **nieszkodliwy**

według przepisu Dra **C. Haafa** i **Traczewskiego** w Bernie.

26—5—5

KNOLL & Comp., Ludwigshafen a. Rh.

Przetwór ten wypróbowanym został na klinice prof. Dra **Kochera** w Bernie, gdzie stwierdzono jego **pewne** a nieszkodliwe działanie.

Próbki i druki na żądanie.

Surowica przeciwbłonicza

z Zakładu higienicznego w Krakowie

wypróbowana przez Zakład Państwowy w Wiedniu, której jedna dawka odpowiada Nrowi 2. i 3. surowicy Behringa

jest do nabycia w Aptece 164—x—4

K. WISZNIEWSKIEGO

w Krakowie również w innych aptekach

Do wdychiwań

TLEN

w balonach gumowych stale sprzedaje po 1 złr. 80 ct. w. a. i wypożycza przyrządy do wdychiwania tegoż

Apteka E. HELLERA

pod złotym „Słoniem" w Krakowie

główny skład materyałów aptecznych i skład wszystkich barwików, przyrządów i t. p. do laboratoryów chemicznych i mikroskopowych. 148—x—6

Ze strony c. k. Najwyższej Rady Zdrowia polecony i licznemi rozporządzeniami ministeryalnemi **do desinfekcyi** przepisywany

24—12—[illegible]

LYSOL

przewyższający pod każdym względem kwas karbolowy.

Jedyni uprzywilejowani fabrykanci:

Schülke & Mayr, Wiedeń.

Skład fabryczny: I. Reichsrathsstrasse 27.

KROWIANKE

pewną i czystą

uznaną przez komisyę przemysł. Tow. lekarskiego krakowskiego jako najlepszą, odszczególnioną medalem Wysokiego c. k. Ministerstwa handlu na wystawie krakowskiej 1887 r. rozsyła koncesyonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

Józefa Freysingera

124—21—34

lekarza miejskiego w Lisku.

Cena 1 fioli na	2—4 osób	. . . . . .	—	złr.	65 ct.
„ 1 „ „	10—15 „	. . . . . .	1	„	— „
„ 1 flakonu na	50 „	. . . . . .	2	„	35 „
„ 1 „	$1^1/_2$ grm. na 100 osób	. .	3	„	50 „

franko wraz z opakowaniem.

Prof. Dra LADENBURGA

LYZYDYNA

w 50% roztworze (P. C. N.)

Najnowszy uznany środek przeciw ostrej i przewlekłej dnie.

21—5—5

Jedyni fabrykanci: **Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.